ANNO XXX Roma, 2 luglio 1923 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. **Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa.** L'AMMINISTRAZIONE.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA E PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.
Direttore incaricato: prof. F. GALDI.

Il coefficiente uroemolitico nelle malattie epatiche.

per il dott. LUIGI SCALAS, aiuto.

Le indagini sul potere emolitico delle urine normali e sul suo modo di comportarsi in isvariate contingenze morbose appartengono proprio a quest'ultimo periodo di studio. L'Amati, in un primo lavoro, giunse a stabilire che le urine di soggetti sani contengono costantemente una sostanza antiemolitica che non è in relazione diretta con la densità, con la reazione, col Δ crioscopico, col quantitativo di sali e neppure con l'urea, le cui soluzioni non obbediscono alle leggi osmotiche e si comportano, rispetto alle emazie, come l'acqua distillata. Potè ancora osservare che urine di peso specifico molto basso, con scarsa quantità di cloruri, con alto valore crioscopico, non davano emolisi: ebbe così l'impressione che talvolta l'urina non segua i principii dell'osmosi, ma se ne discosti per la presenza in essa di una sostanza antiemolitica.

Ricerche ulteriori del Condorelli han dimostrato che questa sostanza antiemolitica esiste sempre nelle urine, è di natura lipoidea — probabilmente una colesterina — e si scioglie nei solventi dei grassi, specie nel cloroformio. La sua azione è antagonista rispetto a quella di altre sostanze emolitiche, pure esistenti sempre nelle urine. Una di tali sostanze, che Condorelli ha voluto denominare α emolisina sarebbe un miscuglio di acidi grassi, solido alla temperatura di laboratorio, che formerebbe dei sali di piombo insolubile in etere ed eserciterebbe un forte potere emolitico sugli eritrociti umani, ma non su quelli di montone. L'altra, emolisina β, risulterebbe pure di acidi grassi, ma in minor numero della prima. Liquida a temperatura di laboratorio, non sarebbe emolitica pei globuli rossi di montone ed avrebbe un'azione più lenta e più blanda.

In condizioni fisiologiche prevale l'azione dell'antiemolisina; se però le emolisine aumentano o diminuisce l'antiemolisina, il potere antiemolitico delle urine può scomparire ed aversi addirittura un'azione emolitica.

L'antiemolisina è insaponificabile anche con soluzione alcoolica di potassa. Fonde a 42°-44°. Solifica a 39°-40°. È completamente solubile in etere, cloroformio, benzolo, acetone, alcool bollente, solfuro di carbonio, insolubile in acqua ed alcali. Cristallizza nel sistema esagonale. Dà caratteristica la reazione della colesterina quando venga trattata in soluzione clorofor-

mica, con egual volume di acido solforico concentrato (colore mogano). La sua azione antiemolitica sarebbe così intensa da essere ancora apprezzabile a diluizione 1: 2,000,000 e si eserciterebbe oltre che sui globuli rossi umani anche su quelli del bue, della cavia, del coniglio, del maiale, non su quelli del montone.

In relazione alla presenza costante nelle urine normali dell'antiemolisina, si è voluto ricercare il titolo di diluizione in acqua distillata che bisogna dare all'urina perchè questa diventi emolitica. Il valore di questo titolo, detto *coefficiente uroemolitico*, è costante e si aggira, per le urine sane, intorno ad 1: 6, ma nei nefritici e nei carcinomatosi sarebbe sempre notevolmente aumentato fino al valore 6: 1 secondo Amati; mentre secondo Condorelli nei carcinomatosi l'indice antiemolitico non mostrerebbe deviazioni dalla norma. L'Amati non sa se attribuire l'aumento del coefficiente nelle urine dei nefritici e dei carcinomatosi alla diminuzione dell'antiemolisina o alla presenza di una sostanza emolitica.

Due sono i procedimenti finora seguiti per lo studio del coefficiente uroemolitico. Condorelli parte dal principio che il carbone animale assorba tutti i lipoidi e trattenga l'antiemolisina. Se si confronta l'azione antiemolitica di un'urina prima e dopo il trattamento con carbone animale, si può misurare, in certo modo, il potere antiemolitico od eventualmente emolitico di un'urina.

Il metodo è il seguente. Prelevati dal quantitativo delle 24 ore 30 cc. di urina, si mescolano con carbone animale (Merck) per un'ora, dopo la quale si filtra. Su di un supporto si mette una doppia serie di provette; nella prima serie si versano, nelle prime tre provette, 2 cmc. di urina non trattata con carbone animale e nelle altre 1 cmc. Si aggiunge poi nella prima provetta 1/2 cmc. di acqua distillata, 1 cmc. nella seconda; 1 1/2 nella terza, e così via aumentando sempre di 1/2 cmc. Le diluizioni ottenute sono di 2: 2.5, di 2: 3, di 2: 3.5, ecc. Con l'urina trattata con carbone animale si fanno le stesse diluizioni nella seconda serie di provette. Si mette una goccia di sangue in ogni provetta. Se, per esempio, nella prima serie l'emolisi avviene nella provetta in cui la diluizione è 2: 8 e nella seconda serie avviene nella provetta in cui il titolo è 2: 4, l'indice antiemolitico è = 8 — 4 ossia 4.

Condorelli aggiunge 1/2 grammo di cloruro di sodio a 100 cc. di urina allorchè questa, per la bassa concentrazione molecolare, è emolitica. Le provette dovrebbero stare a temperatura ambiente e non in termostato, giacchè il calore favorirebbe lo sviluppo dei germi, per azione dei quali potrebbe aversi emolisi.

Il procedimento di Amati è alquanto più semplice. Si collocano in serie otto provette: nella prima si versano 6 cc. di urina, nella seconda 5 1/2 cc. di urina + 1/2 cc. di acqua distillata; nella terza 5 cc. di urina + 1 cc. di acqua distillata, nella quarta 4 cc. di urina + 2 cc. di acqua distillata, nella quinta 3 cc. di urina + 3 cc. di acqua dist.; nella sesta 2 cc. di urina + 4 cc. di acqua dist.; nella settima 1 cc. di urina + 5 cc. di acqua dist.; nella ottava 1/2 cc. di urina + 5 1/2 cc. di acqua dist. Si punge il dito dell'infermo e, con una pipetta, si versa un paio di gocce di sangue in ogni provetta. Si agita rapidamente. Le provette si mettono in termostato a 37° e si osservano dopo 2 e dopo 24 ore. I risultati cui pervenne Amati sono questi: le urine di persone sane per diventare emolitiche debbono essere diluite con un volume di acqua distillata pari a 5/6 del volume totale. Il coefficiente uroemolitico, vale a dire la minor diluizione necessaria perchè un'urina diventi emolitica, è quasi costante in tutte le urine normali. Ordinariamente è uguale a 5/6, ma può in condizioni fisiologiche essere uguale a 2/3 e ad 1/11. Praticamente non si ottiene emolisi oltre le ultime tre provette, più spesso solo nelle ultime due ed in casi più rari solo nell'ultima. Nei nefritici e nei malati di tumore maligno il coefficiente uroemolitico si sposta considerevolmente; tanto che in molti casi già nella seconda provetta si ha emolisi, come per una inversione di esso.

Condorelli giunge invece a deduzioni diverse. Il coefficiente uroemolitico nelle urine normali non sarebbe affatto costante, e ciò perchè non è assolutamente costante l'eliminazione dei sali minerali, specialmente dei cloruri, i quali oscillano quantitativamente nello stesso individuo a seconda della dieta e delle ore del giorno. L'indice uroemolitico non sarebbe l'espressione genuina delle quantità dell'antiemolisina urinaria.

***

Essendo questo lo stato attuale delle nostre conoscenze sull'antiemolisina urinaria e sulle sue applicazioni cliniche, mi son proposto di riprenderne lo studio con particolare riguardo alla ricerca del coefficiente uroemolitico nelle epatopatie.

In primo luogo ho voluto vedere come reagisca l'urina mescolata con carbone animale, filtrata e poi diluita, secondo Amati, con acqua distillata. Da ripetute indagini compiute sia sulle urine di persone sane, sia su quel-

le di svariati infermi, no tratto il convincimento che la sostanza antiemolitica non sia trattenuta da questo mezzo, comportandosi quelle urine perfettamente come le urine integre. Il risultato non varia usando campioni di urina prelevati dalla quantità emessa nelle 24 ore e ricorrendo alle migliori qualità di carbone animale. Ne consegue che il metodo del Condorelli per la ricerca dell'indice uroemolitico basato sul principio che il carbone animale trattenga tutta l'antiemolisina non può dare risultati attendibili.

Le urine trattate con 2/3 del loro volume di cloroformio, sbattute per un quarto d'ora, lasciate in riposo entro un imbuto separatore e poi private del sedimento bianco-grigiastro che si forma, mostrano un abbassamento non molto pronunciato, ma comunque notevole, del loro potere antiemolitico. Con l'etere l'effetto è ancora più evidente. Ciò prova che il cloroformio e l'etere liberano, ma solo in parte, l'antiemolisina, che non è certo una sostanza proteica nè un enzima. Saturando infatti le urine con solfato ammonico e saggiandole previa filtrazione, il potere antiemolitico resta del tutto inalterato. V'è di più. Esse non modificano la loro proprietà neppure quando siano sottoposte per 10 minuti alla temperatura di ebollizione. Nessuna influenza deriva dai cloruri: se otteniamo la precipitazione di essi mediante aggiunta di soluzione di nitrato di argento al 5 %, le urine filtrate si comportano analogamente alle urine normali. Ciò conferma l'opinione di Amati, per cui il potere antiemolitico delle urine non sarebbe in dipendenza del loro contenuto in cloruri ed, in genere, delle leggi osmotiche, ma sarebbe da mettersi in rapporto con un lipoide ad azione ipertonica e protettiva sulle emazie: probabilmente un composto della colesterina. Il sedimento che l'urina forma allorchè sia stata mescolata e sbattuta con cloroformio, dà nettissima la reazione di Hesse-Salkowski (color mogano con aggiunta di acido solforico concentrato). Essiccato ed osservato al microscopio, vi si vedono delle tavolette simili a quelle della colesterina. Nulla di più facile quindi che la antiemolisina urinaria sia la stessa colesterina pervenuta dal siero di sangue, nel quale, pur trovandosi in piccolissima quantità, è così attiva da riuscire a proteggere sperimentalmente i globuli rossi dall'azione dissolvente delle saponine e della solanina (Ramson). Per quanto concerne le indagini nei malati di fegato ho seguito fedelmente il metodo di Amati, che mi è sembrato semplice e dimostrativo. Non essendo riuscito a notare, da prove preliminari, un diverso comportamento del sangue normale rispetto al sangue dello stesso paziente di cui si saggiavano le urine, ho aggiunto alle provette, disposte nel modo già accennato, tre gocce di sangue normale, asetticamente prelevato, per mezzo di una siringa, da una vena del braccio. Le urine in esame eran prelevate dalla quantità delle 24 ore, raccolte in calice netto e conservate in ghiacciaia fino a qualche ora prima della prova. Ho scartato quelle già in preda alla fermentazione ammoniacale. L'osservazione è stata fatta comparativamente su provette tenute in termostato per 12 ore e su provette tenute a temperatura ambiente. I risultati sono stati sempre concordi. I casi esaminati sono i seguenti:

1. P. Salvatore, a. 64. Diagnosi: Cirrosi epatica con ascite. Emolisi nelle ultime cinque provette (da 4: 6 a 1: 11).
2. D. Antonio, a. 42. Cirrosi epatica con ascite. Emolisi nelle ultime sei provette (da 5: 6 a 1: 11).
3. F. Gelsomina, a. 14. Quartana malarica recidivante. Iperemia del fegato. Emolisi nelle ultime tre provette (da 2: 6 a 1: 11).
4. O. Massima, a. 27. Periepatite tubercolare con ascite. Emolisi nelle ultime 6 provette (da 5: 6 a 1: 11).
5. D. Pasquale, a. 13. Malaria cronica. Epato- e splenomegalia. Emolisi solo nelle ultime due provette (da 1: 6 a 1: 11).
6. D. Anna, a. 36. Sarcoma del fegato. Ittero grave. Emolisi nelle ultime quattro provette (da 3: 6 a 1: 11).
7. G. Mario, a. 40. Setticemia. Fegato infettivo. Emolisi solo nelle ultime due provette (da 1: 6 a 1: 11).
8. P. Gavino, a. 26. Echinococco non suppurato del fegato. Emolisi solo nelle ultime due provette.
9. P. Annetta, a. 32. Grossa cisti da echinococco suppurata del fegato. Emolisi nelle ultime quattro provette.
10. S. Lorenzo, a. 70. Miocardite cronica. Fegato da stasi. Emolisi nelle ultime tre provette.
11. U. Raimondo, a. 39. Echinococco non suppurato del fegato. Emolisi nelle ultime due provette.
12. S. Basilio, a. 73. Dissenteria amebica cronica. Epatomegalia. Cachessia. Emolisi nelle ultime quattro provette.
13. G. Antonio, a. 35. Sifilide sclerogommosa del fegato. Emolisi nelle ultime cinque provette (da 4: 6 a 1: 11).
14. C. Margherita, a. 17. Ittero catarrale. Emolisi nelle ultime due provette.
15. P. Paola, a. 24. Spleno- ed epatomegalia malarica. Emolisi nelle ultime due provette.
16. C. Anna, a. 60. Colecistite calcolosa. Emolisi nelle ultime quattro provette.
17. M. Marianna, a. 48. Echinococco non suppurato del fegato. Emolisi nelle ultime tre provette.
18. P. Vincenzo, a. 65. Echinococco non suppurato del fegato. Emolisi nelle ultime due provette.
19. B. Giovanni, a. 26. Febbre di Malta. Fegato infettivo. Emolisi nelle ultime due provette.

20. S. Bonaventura, a. 55. Cirrosi epatica con ascite. Emolisi nelle ultime sei provette (da 5:6 a 1:11).

Dalla esposizione dei risultati appare chiaramente come nelle semplici iperemie epatiche sia attive che passive e nell'echinococco non suppurato il coefficiente uroemolitico si comporti non altrimenti che in condizioni fisiologiche. Sono i processi cirrotici, suppurativi e neoplastici dell'organo che alterano detto coefficiente. Dal valore normale di 1:6 noi possiamo salire a quello rappresentato dal contenuto della terza provetta in cui 5 cc. di urina trovansi diluiti con 1 cc. di acqua distillata. La cirrosi epatica in modo speciale dà un così considerevole spostamento dell'indice antiemolitico.

Il fegato influisce adunque in maniera innegabile sull'antiemolisina urinaria. La questione se nelle malattie epatiche questa sia diminuita o se piuttosto sia quasi superata o annullata nei suoi effetti dalle emolisine presenti nelle urine è difficile a dirimere; un fatto tuttavia rimane ed è l'innalzamento considerevole di detto indice, che di conseguenza non comparisce solo nelle nefriti e nelle neoplasie, ma si riscontra anche nelle epatopatie. Ciò era del resto prevedibile. Se l'antiemolisina altro non sembra essere che colesterina, il fegato, così importante nella escrezione di questa sostanza (Bottazzi) non può non esercitare un gran peso sul potere antiemolitico delle urine. Da ciò implicitamente si deduce come di gran lunga sia più probabile una diminuzione dell'antiemolisina che non un aumento delle emolisine urinarie nelle gravi lesioni epatiche.

Dal complesso di queste ricerche si ricavano due conclusioni:

1) L'antiemolisina è un lipoide; essa è attiva, indipendentemente dal contenuto in cloruri dell'urina, resiste alla temperatura di ebollizione e presenta la reazione della colesterina.

2) Il potere antiemolitico delle urine nelle gravi epatopatie e sopratutto nella cirrosi epatica è notevolmente ridotto; nelle semplici congestioni del viscere e nell'echinococco non suppurato si mantiene normale.

BIBLIOGRAFIA.

AMATI. *Emolisi urinaria.* Bonelli, Napoli.

ID. *Una nuova indagine sulle urine per la diagnosi di nefrite e di tumore maligno. Ricerche del coefficiente uroemolitico.* Policlinico, Sez. pratica, fasc. 9, 1921.

CONDORELLI. *Antiemolisina ed emolisina nelle urine.* Nota preventiva. Policlinico, Sez. pratica, fasc. 39, 1920.

ID. *Antiemolisina ed emolisina nelle urine.* Policlinico, Sez. pratica, fasc. 20, 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. Sen. E. MARCHIAFAVA.

Contributo alla conoscenza della Malattia del Marchiafava (Degenerazione del corpo calloso).

Dott. P. MARICONDA, docente ed assistente.

Nell'alcoolismo cronico si rivelano, come è ormai noto, sintomi a carico del sistema nervoso centrale e a carico del sistema nervoso periferico, che si manifestano in modo diverso e in grado diverso, dalla debolezza mentale, alla labilità della memoria al pervertimento del senso morale, dal delirio semplice, al *delirium tremens*, dalla semplice manifestazione nostalgica, alla forma di psicosi melancolica; dal semplice equivalente epilettico, al vero stato epilettiforme.

A carico del sistema nervoso si è notato: il tremore semplice, l'atassia, la paralisi come nella pseudo tabe alcoolica, la amaurosi, gli attacchi epilettiformi. Sono state descritte pure le neuriti alcooliche, la pachimeningite emorragica, le alterazioni degenerative delle cellule nervose e delle fibre nervose del midollo spinale, del cervello, del cervelletto, le alterazioni dei vasellini sanguigni, ecc. Nessuno però, prima del Marchiafava, aveva dimostrato le gravi alterazioni della trave o corpo calloso e cioè delle grandi vie commessurali.

Come è noto dall'Anatomia normale, il corpo calloso decorre come una trave da un emisfero all'altro costituendo il più grande sistema commessurale del cervello umano, che collega colle sue fibre l'intera superficie corticale dei due emisferi, e che fu per gli antichi, come ricorda il Maestro, una delle sedi dell'anima. La trave è dunque una via di associazione intra- e interemisferica per le funzioni simultanee di diverse zone della corteccia cerebrale dell'emisfero dello stesso lato e dell'emisfero opposto. Le parti della corteccia cerebrale, ricorda ancora il Maestro, sono collegate per la commessura anteriore, l'alterazione alcoolica delle due commessure è limitata alla zona media delle stesse; e poichè in questa zona sono scomparse le fibre nervose della bianca guaina midollare, il colorito è roseo grigio o solo grigio nei cervelli freschi, mentre è pallido nelle grandi sezioni del cervello, colorate col metodo Weigert-Pal, che tinge in nero soltanto le guaine midollari. Così avviene che nelle sezioni frontali si distinguono tre lamelle: due dorsali e ventrali, bian-

che o nere, ed una centrale, grigia o biancastra (Marchiafava).

Il fatto patologico fondamentale, secondo il Marchiafava, che per il primo lo osservò nel 1903, consiste nella scomparsa delle fibre nervose nelle zone alterate, altre alterazioni di minore importanza sono quelle riguardanti la nevroglia, i vasi sanguigni, i prodotti di disfacimento delle fibre nervose; i cilindrassi di queste, alcuni presentano vari gradi di alterazione regressiva.

Oltre che nelle due grandi commessure la alterazione descritta fu trovata con gli stessi caratteri istologici nella parte centrale dei peduncoli medi del cervelletto, in alcune regioni del centro ovale, specialmente in corrispondenza di fasci delle lunghe vie di associazione (cingulus, funiculs uncinatus) (Marchiafava) e anche nella parte centrale di alcune circonvoluzioni, specie del lobo frontale (Nazari).

Agli studi del Marchiafava altri ne seguivano in alcoolisti studiati dal Bignami e dal Nazari in numero di 12, a cui facevano ancora seguito altri 4 casi pubblicati da Sarteschi, Ceseris, Demel, da Giannelli ed altri.

Dal 1910 ne resero noti ancora Bignami e Nazari 18 casi e 19 ancora il Nazari.

I casi che qui riferisco sono due e tutti e due sono occorsi nell'Ospedale di S. Spirito e concessi dal prof. Nazari alla Scuola di Anatomia Patologica, oggetto di lezione del prof. Marchiafava.

CASO I. — Braconcini Emanuele, di anni 60, guardiano in una fabbrica. Entra il giorno 12 e muore il 15 dicembre 1921. L'infermo è portato all'Ospedale in condizioni gravi e non è possibile raccogliere da lui alcun dato anamnestico, perchè non sembra intendere le domande, nè riesce a pronunciare parola.

Da un amico si riesce a sapere che l'infermo è stato bene fino a domenica 11 dicembre, quando a mezzodì, dopo aver mangiato, mentre si trovava ancora all'osteria si abbattè improvvisamente sul tavolo come se fosse stato colpito da sonno profondo. Sembra non avesse bevuto al punto di essere ubbriaco. Quando gli amici cercarono di destarlo scuotendolo, si accorsero che sebbene tenesse gli occhi aperti non sembrava riconoscerli, nè intendeva le loro parole. Lo accompagnarono alla sua abitazione e l'infermo, perchè sorretto, era capace di muovere i passi. Al mattino seguente, persistendo immutate le sue condizioni, l'infermo venne trasportato all'Ospedale.

Dalla anamnesi remota raccolta nulla può sapersi con sicurezza, all'infuori che l'infermo era uno strenuo bevitore di vino. Sembra che qualche anno fa avesse presentato fenomeni simili a quelli attuali, non si può precisare quanto durassero; è certo che l'infermo riacquistò il completo benessere.

Allo esame obbiettivo si rileva quanto segue: sensorio molto ottuso; solo dopo stimoli ripetuti si riesce a fare reagire l'infermo, il quale sembra intenda le domande, ma non riesce a pronunziare distintamente alcuna parola. L'infermo giace supino colle braccia serrate al tronco e con l'avambraccio flesso. Non si riesce che con notevole sforzo ad estendere gli arti, se si cerca di scoprire l'infermo, questi riesce ad afferrare le coperte, per cercare di ricoprirsi, gli arti inferiori estesi, non presentano atteggiamenti speciali. Il facciale inferiore destro sembra leggermente deficiente. Le pupille uguali regolari di media ampiezza reagiscono normalmente. Gli occhi sono tenuti costantemente sbarrati. I riflessi degli arti inferiori sono presenti, non si provoca il Babinski. La sensibilità cutanea sembra abolita; per le condizioni gravi dell'infermo non si può procedere ad esame particolareggiato degli organi interni. Non si riscontrano segni di alterazione polmonare. I limiti del cuore non sembrano aumentati, i toni cardiaci deboli si percepiscono appena. Il polso è raro (60) e a bassa pressione. Il respiro è rumoroso con rantolo tracheale. Esiti di ulcere perforanti di ambedue le piante dei piedi. Durante la degenza l'infermo fu apirettico. Urine normali. La puntura lombare diede esito al liquido di aspetto normale sotto bassa pressione, che si presentò normale anche all'esame chimico e citologico.

Il reperto anatomo-patologico: Mancanza di tre dita del piede destro per disarticolazione metatarso-falangea chirurgica. Ulcera perforante della regione plantare d'ambo i lati. Modica obesità. Lieve aterosclerosi degenerativo aortica. Aderenze pleuriche fibrose parziali a destra. Enfisema polmonare dei lobi superiori, congestione ed edema dei lobi inferiori con scarsi nodi di broncopolmonite acuta a destra. Ispessimento cronico della aracnoide cerebrale. Degenerazione alcoolica del corpo calloso.

CASO II. — Campeggi Gaetano, di anni 43, già lustratore di mobili, ora mendicante senza fissa dimora. Entra il 4 dicembre 1921 portato in istato comatoso, da persone che lo avevano trovato privo di sensi per la via. L'esame obbiettivo non rivelava nulla a carico degli organi interni; il sondaggio dell'uretra non fu possibile. L'infermo era apirettico, furono praticate iniezioni eccitanti, che a nulla valsero; la morte avvenne in coma alle ore 4 del giorno 5 e precisamente sedici ore dopo l'ingresso. Non è stato possibile avere notizie anamnestiche.

Autopsia: Lieve obesità, escoriazioni multiple da grattameno per pediculosi. Ipospadia con apertura stenotica dell'uretra. Qualche rara chiazza di aterosclerosi degenerativa aortica in corrispondenza dell'arco, ipertrofia di cuore (gr. 360). Aderenze pleuriche fibrose parziali bilaterali. Modico enfisema polmonare con congestione ed edema terminale. Epatite cronica interstiziale con aumento di volume del fegato. Tumore di milza. Degenerazione alcoolica del corpo calloso.

Dalle storie balza chiarissima la sindrome che affligge alcuni sciagurati, e non son po-

chi purtroppo, specie nel campo proletario, che abusano di sostanze alcooliche, nè è mio compito fermarmi su di essa. Solo ripeterò, che qualche volta sullo stesso sfondo della malattia variano le tinte del quadro fino ad aversi convulsioni epilettiformi, molto rare, o equivalenti epilettici più frequenti, come sono chiamati dagli alienisti i diversi raptus da cui possono essere presi gli alcoolizzati, suicidi, violenze ed altri delitti.

Finalmente è lecito dire che talora anche dalla sola osservazione dell'alterazione della trave, che perde nell'intossicazione cronica alcoolica il suo aspetto normale biancastro, trasformandosi centralmente, come precedentemente è ricordato per opera del Marchiafava, che ne fece la constatazione, in colorito grigiastro, con percorso uguale a quello della commessura, si può formulare anche obbiettivamente la diagnosi anatomica, sia pure conoscendo molto poco della vita vissuta dal soggetto, come è ad esempio del 2° caso occorso alla nostra osservazione e testè riferito, del quale si avevano notizie solo molto frammentarie.

È ovvio infine aggiungere che la degenerazione del corpo calloso, nella malattia del Marchiafava, è la primitiva e la più importante alterazione dal punto di vista anatomico, ed è quella che ha dato luogo alle altre ricerche circa la alterazione dei peduncoli cerebellari e del centro semionale.

Roma, settembre 1922.

IGIENE.

Un esperimento di disinfestazione del suolo con l'acido cianidrico.

Dott. M. GIOSEFFI (Parenzo, Istria).

È noto come l'acido cianidrico, prima di essere usato per la distruzione dei ratti e dei topi nei bastimenti, nei magazzini, nei granai, nei mulini, e di insetti parassiti dell'uomo nelle case allo scopo di lottare contro quelle malattie infettive che sono trasmesse all'uomo mediante la puntura di ospiti intermedi, questo gas, spiccatamente tossico, era stato fino dal 1880 applicato contro i parassiti delle piante.

Allora il metodo è stato ben presto abbandonato per i pericoli di avvelenamento. Esso venne poi ripreso in America (California) nel 1886 per scopi agricoli, specialmente per l'incursione degli insetti negli aranceti e per liberare dagli insetti le balle di cotone.

In Europa venne introdotto in Ispagna nel 1911-1912 contro la cocciniglia degli aranci e dei limoni, in Germania contro i pidocchi del pero e del melo nel 1913, ma con risultati non buoni; pure da quel tempo datano le esperienze di Grassi e Martelli in Italia contro i parassiti delle piante. Martelli ha trovato in Sicilia che l'effetto dell'acido cianidrico sull'afide dei limoni (Tosoptem aurantii) nei suoi stadì di larva ed adulto deve essere istantaneo, poichè esso rimane morto nel posto col rostro ancora fisso nel tessuto fogliare.

Per le forme di vita vegetale questo gas è poco tossico e le semenze in genere non perdono, alle concentrazioni solitamente usate, il loro potere di germinazione.

Non sarà privo di interesse riferire brevemente su un esperimento di disinfestazione del suolo eseguito nell'orto del dott. Virgilio Calegari a Perenzo (Valle di S. Lucia), con questo gas tossico.

Si trattava di preparare per la semina del tabacco 4 letti caldi di una serra precedentemente seminata di lattuga, per due anni di seguito infestata dagli afidi. I soliti rimedi (cenere, calce, zolfo) non avevano giovato a nulla. Il dott. Calegari si decise allora ad una prova di disinfestazione dei letti con l'acido cianidrico. I letti avevano una cubatura di aria di 2 mc. ciascuno. Prima di procedere all'esperimento vennero messi come oggetti testo delle lumache, un ragnetto, un rinchite, alcune formiche. Furono preparati anzitutto 4 vasi di vetro ed immessa in questi l'acqua precedentemente dosata in tubi graduati. In questi venne poi versato l'acido solforico precedentemente dosato. Ad un'asta di legno vennero legati i vasetti contenenti il cianuro di potassio. Prima di procedere alla cianidrificazione, le vetrate della serra vennero ben chiuse in tutte le fessure, incollandovi delle listerelle di carta. Prima di immettere nei vasi con l'acqua e l'acido solforico il cianuro di potassio, le vetrate furono abbassate fino a 10 cm. e tenute così aperte mediante uno zoccoletto di legno. Cominciando poi dal letto sotto vento si procedette alla immissione del cianuro nei rispettivi vasi, badando di chiudere rapidamente le vetrate e di allontanarci in tutta fretta.

Si procedette alla operazione in due per fronteggiare eventuali accidenti. Trovandoci all'aria aperta non facemmo uso delle maschere. Lo sprigionamento del gas è stato istantaneo: come una nube azzurrognola si sollevò nel raggio di 1/2-1 metro non appena lasciato cadere il cianuro nei vasi contenenti l'acqua e l'acido solforico.

Ad onta della chiusura della serra l'odore intenso di mandorla amara si avvertiva anche due ore dopo l'esperimento in una casetta con stallaggio posta 20 metri sotto vento.

La miscela da noi usata per ogni vaso disinfestato è stata di

Cianuro di potassio	gr. 20
Acido solforico (66 °B. 93 %, puriss.)	cmc. 23
Acqua	cmc. 30

Dodici ore dopo la serra fu aperta; non si avvertiva alcun odore di mandorla amara. Delle 4 lumache, due erano morte, le altre due, con l'operculum intatto, erano rimaste vive, le formiche ed il ragnetto erano morti, un rinchito era rimasto vivo. Nel terreno non ricomparvero gli afidi. La semina del tabacco procedette bene, in modo che le piantine nel mese di aprile potevano essere trapiantate.

L'elevata tossicità del gas richiede che questo sistema di disinfestazione sia affidato a persone tecniche di sperimentata capacità. Dove non si possano avere le necessarie garanzie è meglio astenersi dall'usarlo.

I primi sintomi di intossicamento che si possono verificare consistono in sapore amaro, bruciante, sciclorrea, disturbi della respirazione, della vista, vertigini, nausea, vomito. Si cita il caso di un medico che rimase ammalato a lungo per avere eseguito l'autopsia di un individuo avvelenato con acido cianidrico.

L'acido cianidrico agisce come anestetico e l'intossicato va prontamente soccorso, anche se, in stato di incoscienza, si può ritenere morto. La morte non si verifica che dopo un lungo periodo di latenza. Trasportato l'intossicato all'aria libera e prestati i soccorsi del caso (respirazione artificiale, adrenalina, iniezioni endovenose di iposolfito di sodio all'8 per cento), si avvia il più delle volte ad un pronto ristabilimento.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Concetto e diagnostica della tisi iniziale.

In questi ultimi anni gli studi sulla infezione tubercolare (1) hanno condotto molti anatomo-patologi e clinici a considerare l'intero decorso di questa diffusissima malattia in senso unitario.

La primitiva infezione infantile — quasi inevitabile nelle grandi città — costituirebbe il punto di partenza di tutte le manifestazioni successive, o, in ogni modo, darebbe ad esse un'impronta speciale, per una immunità relativa acquisita.

Non vi è nessuna ragione, secondo molti, di non considerare la tubercolosi colle istesse idee generali che si applicano alla sifilide.

Il piccolo focolaio primario risiederebbe di solito nel polmone (bambini) accompagnato dalle alterazioni delle ghiandole linfatiche regionali (ilo). A questo *primo stadio* segue un *secondo stadio* di diffusione (acme) della malattia: alle ossa, alle ghiandole, alle sierose, ecc., che può decorrere con sintomi poco evidenti, o anche avere un andamento impetuoso e letale (forme miliariche, meningitiche, ecc.).

Il *terzo stadio* (tisi isolata) attacca di solito il polmone ed ha un decorso di regola lento, talora molto benigno, senza diffusioni e metastasi generali, perchè l'organismo è già relativamente immunizzato.

Questa dottrina non è accettata da tutti. Una difficoltà di dare la prova anatomo-patologica dell'andamento ciclico della malattia consiste nella ricerca del focolaio primario infantile in cadaveri di adulti. In clinica la mancanza spesso di dati anamnestici sicuri, la possibilità, non mai esclusa in qualunque stadio, di diffusioni in massa e gravi per vie sanguigne o endobronchiali, e di nuove infezioni dall'esterno, complicano e rendono difficile la ricerca. Ma sinora l'infezione tubercolare dell'uomo, specialmente in Italia, non è stata studiata sotto questi punti di vista, che meritano senza dubbio invece di essere presi in considerazione dai pratici.

Se la grande varietà del quadro clinico della tubercolosi rende oggi facile una critica di queste vedute schematiche, non è meno vero che da esse emana una nuova luce nel campo della patogenesi, della diagnostica e della difesa sociale.

(1) A. CAPOGROSSI. *Monografie med.-chir. di attualità.* Collez. del «Policlinico», dic. 1922.

Nel bambino primitivamente infettato si origina uno stato speciale dell'organismo a cui è stato dato il nome di *allergia* (trasformazione della capacità a reagire ad una nuova infezione). È noto che l'allergia può esplicarsi in forme del tutto opposte: da un lato *immunità* e *refrattarietà*, dall'altro *ipersensibilità* o *anafilassi*. Una mancanza di qualsiasi reazione dicesi *anergia*. Anche in stati *allergici* si osservano periodi di anergia, che possono spiegare l'insorgere o l'aggravarsi di un processo tubercolare.

Le reazioni dei tubercolotici alle *tubercoline* appartengono in genere ai fenomeni allergici, talora con caratteri di anafilassi, ciò che ha dato luogo a molte discussioni. Le reinfezioni con nuovo materiale tubercolare stimolano pure la reazione allergica.

Oggi si ritiene generalmente che l'insorgere della tisi nell'adulto sia determinata da reinfezioni o superinfezioni endogene, o esogene in un polmone, che per lo più era stato o era ancora infettato sin dall'infanzia, e in un individuo, che aveva acquistato da questa infezione un certo grado di immunità, o, per meglio dire, di aumentata resistenza; a sua volta dipendente inseparabilmente da una ipersensibilità verso i bacilli di Koch e le loro tossine (allergia = sensibilità difensiva).

***

L'assillante problema di riconoscere al suo inizio questa reinfezione e la reazione dell'organismo, di diagnosticare insomma precocemente la tisi non può essere quasi mai risolto collo studio di uno o di pochi dati dell'esame. È facile dimostrare che, se si eccettua il reperto positivo del bacillo di Koch nell'espettorato, o la comparsa di fenomeni che parlano per una malattia già progredita (emottisi, pleurite) nessuno degli altri sintomi soggettivi e oggettivi può a rigore bastare per una diagnosi. Perchè ognuno di essi, preso isolatamente, può presentarsi anche in malattie che nulla hanno a vedere con la tubercolosi. Ipofonesi, alterazioni del murmure vescicolare, rantoli, ingrossamento delle ghiandole ilàri, ecc. (*segni nelle zone d'allarme apicali e ilàri*), atrofie o rigidità dei muscoli, aumento della loro eccitabilità meccanica, dolori locali, anisocoria manifesta o latente, ecc.; come anche deperimento, febbre, micropoliadenia, sudori, basedowismo, ecc., possono aversi anche in altri stati morbosi, e acquistano soltanto un valore decisivo se combinati in vario modo tra loro e appoggiati ai dati della anamnesi.

I perfezionamenti e le virtuosità della semeiotica servono solo se si tien conto di tutto.

Qualche volta la comparsa di una *glicosuria minima dopo i pasti* è un sintoma premonitorio.

L'esame radiologico è spesso necessario, specialmente per l'esame dell'ilo, ma anch'esso non può avere mai un valore assoluto. La radiologia non è che *una parte* della semeiologia. I reperti che dà non indicano se il processo polmonare è recente o antico, se attivo o spento.

Una pleurite secca apicale, un catarro od un'infiltrazione polmonare limitati possono sfuggire alla ricerca. Infatti anche con radiografie negative lo sputo può contenere bacilli; ma al contrario possono apparire sulla lastra ombre di focolai, che non si sospettavano affatto. I dati radiologici debbono essere perciò anche essi interpretati sempre in base a tutto il resto.

Delle numerose ricerche di laboratorio pochè sopravvivono alla critica. L'istesso reperto del bacillo di Koch nelle feci e nel sangue non è assoluto per la dimostrazione di una localizzazione polmonare, dato il grande numero di portatori di bacilli. Delle indagini umorali le reazioni tubercoliniche sono ancora il mezzo diagnostico più attendibile, ma con le dovute precauzioni e riserve.

Le tubercoline, sebbene debbano essere considerate come un derivato specifico del bacillo di Koch, non contengono tutte e immodificate le sue tossine; e quindi la loro azione in organismi infetti non può essere *totale*, come quella che si ottiene coi bacilli vivi o morti (fenomeno di Koch). Contengono spesso prodotti del ricambio materiale del microorganismo e non sono sprovviste di azione tossica. Vi si aggiunge anche l'ipersensibilità dei tubercolotici verso albumine eterogenee introdotte per via parenterale. È naturale pertanto che la reazione tubercolinica sia stata discussa a lungo e si discuta ancora. Nessuna delle teorie proposte per spiegarla è pienamente accettabile. Bisogna tenere presente che si cimentano colle tubercoline organismi ed organi infetti da tubercolosi, ma non organismi ed organi trattati precedentemente con tubercoline: soltanto questa sarebbe biologicamente una giusta condizione di esperimento.

La specificità delle reazioni tubercoliniche non può tuttavia essere negata, come anche recentemente è stato confermato da acuti e competenti osservatori. Essa ha portato un valido contributo allo studio dell'infezione tubercolare dell'uomo e degli animali.

I dati delle necroscopie hanno spesso confermati i risultati delle reazioni e, man mano che gli anatomo-patologi si sono perfezionati in queste ricerche, le loro statistiche sono diventate più significative.

***

Nel campo della patologia umana, specialmente nello studio della scrofolosi e delle altre localizzazioni tubercolari, si sostiene che queste esercitino un potere protettivo soltanto quando la loro guarigione non è che apparente, mentre bacilli virulenti sono ancora contenuti nei loro tessuti. Se i bacilli sono eliminati o distrutti e l'organismo non reagisce più alla tubercolina, esso diviene atto a contrarre una tubercolosi grave, come se fosse vergine da ogni infezione.

Se questa dottrina fosse sempre applicabile all'uomo, la conseguenza che se ne dovrebbe trarre sarebbe che un focolaio latente con bacilli virulenti impedisca il sopravvenire della tubercolosi progressiva, mortale, che per lo più ha sede nel polmone.

In altre parole è necessario essere tubercolotici per non morire tisici.

Ciò che c'è di vero nella relativa immunità, che si può acquistare dalla infezione, assume, generalizzando, la forma di un paradosso.

Induzioni non sono possibili partendo da dati incostanti. Non è assolutamente provato che l'infezione primaria sia una condizione unica e necessaria, e non è affatto certo che sia sempre sufficiente a raggiungere lo scopo: cioè una relativa immunità e la guarigione della reinfezione. E' in generale utile, ma non sempre. L'allergia può avere effetti benefici, ma può anche condurre ad esito letale. Tanto negli animali che nell'uomo il fenomeno di Koch può portare alla morte per distruzione rapida di tessuti e per intossicazione generale.

Non abbiamo alcun mezzo sicuro per valutare il grado di immunità e di sensibilità che può derivare da un focolaio polmonare stazionario, oppure ad esempio da una lesione profonda e silenziosa di qualche ghiandola linfatica. Sono condizioni diverse e variabili già in sè stesse e per circostanze al di fuori di esse.

Lo stato allergico (sensibilità difensiva) è destinato infatti a risentire l'influenza di un cumulo di circostanze facilissime a verificarsi: nuove invasioni bacillari dall'esterno e dall'interno, diminuzione della resistenza individuale già da cause congenite, oppure acquisite, o accidentali. L'organismo resiste fino ad un certo punto alle cause di indebolimento e alle nuove infezioni, ma poi ammala. L'andamento spesso saltuario della tubercolosi dell'adulto con esacerbazioni e remissioni, sospensioni e riprese del male, è spiegato da queste variazioni della sua resistenza e dalle occasioni di nuove invasioni bacillari di fronte allo stato immunitario acquisito e anch'esso variabile.

Da ciò la necessità di dare nella pratica la più grande importanza all'individualità e alla storia dell'infermo.

***

Nei bambini il potente aiuto della cutireazione o dell'intradermoreazione, le caratteristiche diffusioni e l'esame radiologico rendono abbastanza facile la dimostrazione di una tubercolosi attiva e possibile il coglierla fin dall'inizio.

Ma quando comincia la tubercolosi polmonare cronica dell'adulto, quando si inizia la tisi?

Se la grande maggioranza dei viventi nei paesi civili è già infettata prima della pubertà e se quasi in ogni individuo si stabilisce poi per via endogena o esogena una tubercolosi per lo più apicale, che guarisce senza dar sintomi, o provoca fenomeni morbosi transitori, oppure progredisce verso la tisi cronica, dobbiamo domandarci se e quando sia lecito proporsi la diagnosi di tubercolosi iniziale in un adulto che si presenti alla nostra osservazione.

Da quanto sappiamo scaturisce una sola conseguenza logica: la diagnosi di tubercolosi iniziale nell'adulto non può discutersi perchè l'inizio vero dell'infezione (almeno fra i popoli civili) data quasi sempre dall'infanzia.

Possiamo allora sorprendere il primo stabilirsi della reinfezione, o superinfezione?

Reinfezioni non gravi a cui tutti sono esposti, debbono molto spesso essere vinte anche all'insaputa dei soggetti. E ne troviamo non di rado i residui anatomici.

Diffusioni endogene in massa dànno luogo a fenomeni tumultuosi e gravi, e il quadro clinico, che ne risulta, è del tutto diverso dalla comune tisi cronica. Il caso più frequente è quello in cui le continue piccole reinfezioni (convivenza con tisici) o la diminuzione della resistenza individuale stabiliscono — anche per la diffusione da antichi focolai non del

tutto guariti — l'insorgere o il propagarsi di un nuovo processo.

La lentissima diffusione intracanalicolare o per contatto non dà subito notizie di sè. I disturbi o non vi sono, o possono essere così lievi, che non si dà ad essi alcuna importanza. Ad un certo punto, per gli stessi fatti locali, o per influenze tossiche, compaiono sintomi riferibili ad un focolaio polmonare e disturbi generali: talora questi soltanto.

La tubercolosi si comporta in questo non diversamente dalle altre malattie infettive. La infezione non è la stessa cosa della malattia e non coincide con essa. La malattia prende le mosse dal rapporto tra le due forze grandemente variabili che la determinano: l'agente infettante e l'individuo infettato, e si manifesta coi primi disturbi, che noi oggi possiamo ritenere come espressione della reazione organica ai nuovi veleni tubercolari della reinfezione. Oramai essi sono adeguati alle cellule, divenute più sensibili, e sono in quantità sufficiente per provocare una reazione, analogamente a quanto potrebbero fare le tubercoline: in modo dunque analogo a tali reazioni allergiche, dalle più lievi alle più gravi, con caratteri d'anafilassi.

Di qui cominciano le sofferenze. Qui comincia clinicamente la tisi, mentre l'inizio vero della reinfezione ci sfugge.

All'esame potremo allora trovare alterazioni cominciate in un'epoca che non è in alcun modo precisabile. Oppure, non raramente, il focolaio è nascosto e risaltano solo i fenomeni generali.

La diagnosi di tisi iniziale deve perciò essere intesa praticamente in questo senso: *riconoscere al più presto possibile che certi fenomeni morbosi dipendono da tubercolosi attiva del polmone.*

* * *

Il compito spesso non è facile. Ma il pratico sa che è suo preciso dovere o di ridare la tranquillità a chi l'ha perduta, o agire al più presto nell'interesse dell'infermo e di chi convive con lui.

Non si insisterà mai abbastanza su questo: che il pernio della diagnosi è costituito dalla anamnesi e dall'esame obbiettivo ben condotti. Soltanto con questa guida sarà possibile valutare giustamente le varie indagini di laboratorio e le reazioni umorali, e soltanto con questa luce le mute ombre del campo radiologico potranno acquistare un linguaggio.

Le cause d'errore sono molte. Mentre un rilievo obbiettivo depone per un processo specifico, i disturbi possono dipendere da tutt'altra causa. Il paziente ricorre al medico per delle nuove sofferenze, che egli è già forse proclive a mettere in rapporto col male, che sa di avere o che sospetta. Ma non è sempre così. Ognuno di noi ha potuto vedere qualche volta con quanta facilità i tubercolotici superino un attacco grippale, una polmonite, o persino un'infezione tifosa. Occorre dunque in ogni caso indagare. Ed anche dinanzi all'ipofonesi, alla debole respirazione, all'opacità di un apice, chiedersi se proprio a questo sono dovuti i disturbi che si presentano, se l'individuo ha realmente una tubercolosi attiva, se è un portatore e un seminatore di bacilli, o se invece il focolaio riscontrato è spento o innocuo.

Sarebbe senza dubbio facile e comodo affidarsi interamente al radiologo, o a reazioni biologiche, o alla ricerca isolata di uno dei tanti sintomi per la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, che la letteratura medica sciorina ogni giorno, e risparmiare così il lavoro analitico e sintetico del cervello. Ma i risultati sarebbero disastrosi. Sono già stati segnalati i pericoli delle *diagnosi troppo precoci* e i dati incerti delle finezze percussorie. Il medico deve contare anzitutto e sopratutto sulle sue forze e *tener conto di tutto.* Spesso dei fenomeni ricercati solo una parte, una piccola parte si presenta ed è utilizzabile per una diagnosi. Lo scopo sarà tanto meglio raggiunto quanto più la mente sarà educata alla ricerca e all'analisi dei sintomi e ad un rigoroso metodo logico per trarne le conclusioni.

Ma se si deve contare sopratutto sulle attitudini e sull'educazione clinica dei medici, sarebbe pur indispensabile fornirli sempre e dovunque dei mezzi necessari per l'esame dell'espettorato e di altri prodotti patologici, come anche per le ricerche coi raggi Röntgen (sorveglianza radiologica). Molti casi incipienti potrebbero essere più rapidamente riconosciuti, e non pochi catarri cronici dei vecchi (che costituiscono il più grave pericolo per le famiglie perchè di solito non si dà ad essi alcuna importanza) risulterebbero di natura tubercolare.

Tali laboratorî, come *Centri diagnostici,* diffusi alla portata dei pratici, potrebbero anche dare una idea numerica della tubercolosi attiva ed infettante, una specie di censimento, senza affrontare per ora la *vexata quaestio* della denuncia obbligatoria.

A. P.

Apte diu
nel trattamento delle tubercolosi chirurgiche.
(B. SCHIASSI. Tip. Orlandini. Modena, 1923).

In questa sua prolusione al corso di *Clinica chirurgica generale*, che va svolgendo in questo anno scolastico, nella Università di Modena, il prof. B. Schiassi torna ancora una volta a mettere in evidenza i criterî già propugnati in un'altra sua pubblicazione (*Resezione del colon*), criterî da noi largamente riassunti e meritamente lodati nelle pagine del *Policlinico* circa la *riforma* o meglio il *perfezionamento* dell'insegnamento di quella branca della Chirurgia che si riferisce alla Medicina operatoria.

Il suo concetto può essere brevemente riassunto così: porre lo studente nella condizione di *apprendere* e di *comprendere*, oltre che da un punto di vista tecnico, *anche* sotto un punto di vista *clinico*.

Parimente qualche cosa *di più* egli crede si possa fare per l'insegnamento della Chirurgia generale, dando cioè un'importanza ben più grande di quel che finora non abbia avuto, alla *Chirurgia Medica*, a quella branca cioè della Medicina che si occupa di malattie, che abbisognano della dottrina e dell'opera concordi del Medico e del Chirurgo.

Questo indirizzo didattico ha già trovato un sostenitore convinto in uno dei più autorevoli clinici d'Italia, nel prof. Maragliano, che ne ha solennemente riconosciuta la grande utilità nell'ultimo Congresso di Napoli; e la conferma ufficiale nella decisione, molto significativa, presa dalle due maggiori associazioni italiane di cultura clinica, quella di Medicina interna e quella di Chirurgia, di riunirsi ogni anno in seduta comune per trattare temi di chirurgia medica.

A questo concetto *nuovo* e *buono* lo Schiassi dice di voler dare la prevalenza nel suo insegnamento e come primo argomento prende appunto quello della *cura delle tubercolosi chirurgiche*.

Anche dall'ultimo Congresso di Berlino non è emerso un criterio curativo uniforme, che possa essere accolto unanimemente come buono: discordanza d'indirizzo, discordanza di opinioni, discordanza di risultati. Ciò dipende, secondo l'A. dal fatto che nella cura della tubercolosi l'obbiettivo essenziale è stato finora la distruzione del bacillo, trascurando l'altro fattore, ben più importante, *lo stato* cioè *dell'individuo ospite*.

Questo concetto non nuovo, perchè già sostenuto da De Giovanni e da Rokitanski, è stato calorosamente riaffermato al Congresso di Medicina Interna (Napoli, 1921) da Maragliano e Viola.

Nello originarsi e nell'evolvere dei processi tubercolari chirurgici sono in giuoco due fattori: quello *locale*, legato allo stato anatomico della parte e quello *generale*, dipendente dalla costituzione dell'individuo, « *la quale*, come diceva Tandler, *domina il destino corporale dell'individuo* ». La *terapia* sarà fallace tutte le volte che perderà di vista l'intima associazione di questi due fattori.

Nell'immensa maggioranza dei casi di tubercolosi chirurgica l'eredità ci dirà che l'individuo nacque con una tara originale, ciò che si rivela frequentemente nel così detto abito *tisico*. In analogia di quel che avviene nelle forme mediche sono le mutate *condizioni* dei tessuti, che indebolendoli, preparano il localizzarsi delle forme chirurgiche. Speciali e note condizioni circolatorie determinano l'annidarsi della tubercolosi nelle ossa corte e nelle epifisi. Un momento etiologico non meno importante è rappresentato dal *traumatismo* il quale è capace di facilitare l'arresto *in loco* di germi e di spore, eventualmente circolanti: ciò dimostrarono clinicamente Ollier, sperimentalmente Schuller.

L'insorgenza di un processo tubercolare è possibile solo in individui che abbiano una predisposizione congenita o acquisita. In questi individui, condizioni di diminuita resistenza locale determinano il manifestarsi di forme chirurgiche.

Questo concetto può dirsi assiomatico e le contraddizioni, al lume della critica, riescono solo apparenti. Da queste premesse sgorga limpido il precetto che nella terapia della tubercolosi bisogna tener presente non il *solo fatto locale*, ma *l'insieme* del malato. Questo precetto fu messo bene in evidenza dal Tricomi al Congresso Siciliano del 1921. Su queste basi ecco quali sono le norme più raccomandabili di terapia *generale* e *locale* nelle tubercolosi chirurgiche.

Riposo. - Questo non deve essere ristretto alla sola immobilizzazione della parte lesa, ma esteso a tutto il corpo: il riposo a letto, in ambienti aerati e luminosi è il maggiore degli ausilii. L'A. ritiene che i buoni risultati attribuiti alle operazioni di Albee e di Hibbs siano dovuti più che all'azione operatoria, al riposo generale prolungato. La non trascurabile esperienza personale ci consiglia di far eco alla voce autorevole dello Schiassi.

Alimentazione. - Di somma importanza, deve essere regolata qualitativamente e quantitativamente, non solo in rapporto alle proprietà

delle varie sostanze ma anche ai poteri digestivi dell'individuo.

Arsenico. - Rimedio molto raccomandabile, deve essere *adoperato convenientemente*, non a dosi progressive cioè, che esercitano azione *displastica*, ma a piccole dosi continuate a lungo.

Iodio. - A Durante va il merito principale di aver patrocinato l'uso dell'iodio nel trattamento della tubercolosi chirurgica. I prodotti jodici, adoperati a *piccole e medie dosi* promuovono aumento di tutti i processi del ricambio materiale, un certo grado di leucocitosi generale ed un certo aumento del potere opsonico del siero verso i bacterî.

L'A. critica severamente l'uso delle grandi dosi, praticato con la mira di far affluire nel focolaio della lesione una tale quantità del metalloide, capace di esercitarvi azione *irritativa* e *sostitutiva*.

Lo jodio non si trova mai nei tessuti patologici umani (Dominici) e le esperienze in contrario di Loeb e Michaud furon fatte sulle cavie.

Come l'arsenico anche lo jodio deve essere adoperato a *piccole* e *medie* dosi, le quali soltanto esercitano un' esaltamento dell' attività inglobante, digestiva e secretiva dei fagociti. Nei tisici, con piressie anche lievi, è preferibile rinunciare alla prescrizione dello jodio.

Calcio. - La opportunità delle cure mineralizzanti è oggi fuori di discussione: può farsi con mezzi alimentari e farmacologici.

L'A. consiglia di associarvi l'adrenalina.

Sole. - Malgrado gli sforzi del mondo scientifico, le ragioni intime del potere veramente provvidenziale delle irradiazioni solari sono poco note. Comunque, i risultati benefici sono ragguardevoli, ma è indispensabile procedere con oculatezza e costanza e ciò tanto se la cura vien praticata sulle altitudini di Teneriffa, quanto nelle piane presso Amburgo. Indicazioni diverse, che debbono essere attentamente vagliate, suggeriscono la scelta del mare o della montagna. Fenomeni sospetti, a carico dell'apparato respiratorio sconsigliano in genere l'invio al mare d'un tubercoloso chirurgico.

L'A. ritiene che l'elioterapia ad un'altitudine media arreca un beneficio così sicuro per la generalità degli infermi, da far preferire la montagna al mare.

Buoni risultati debbono attendersi dalla elioterapia ad *irradiazioni totali*, nelle tubercolosi genitali, purchè si adottino, specialmente nelle forme utero-tubariche, opportune precauzioni.

Acute osservazioni sono quelle dell'A. sulla genesi e sul significato biologico della pigmentazione cutanea, nonchè sull'intima e complessa azione delle irradiazioni solari su tutti i sistemi ed apparati del nostro organismo.

Vaccino-terapia. - Accennato al metodo di Friedmann oramai respinto dalla generalità, l'A. dice bene del vaccino Martinotti, sperimentato dal compianto prof. Remedi di Siena.

Cura locale. - Dopo aver accennato al metodo della iperemia passiva (Bier, Klapp) ed a quello della iperemia attiva (Salvaghi, Bier) lo Schiassi fa una critica severa e pungente a un tempo, del primo di questi due metodi; indi si occupa del valore del *bagno riscaldato* con acqua salso-jodica, del quale si dimostra fautore, perchè agisce precipuamente per virtù dell'*iperemia attiva*, fonte di sempre nuove energie, senza escludere un'azione benefica diretta del liquido sui focolai aperti.

Per la linfo-adenia tbc. l'A. consiglia l'applicazione dei raggi X, che l'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato efficace. Göepel, Jerusalem ed altri chirurgi avrebbero ottenuto buoni risultati dalla cura Röntgen anche nelle tubercolosi ossee articolari.

Le indicazioni per la *Chirurgia operativa* sono ben poche e salvo casi eccezionali, sono circoscritte a modestissimi interventi. La tubercolosi genitale femminile lascia ancora largo margine all'attività chirurgica (Miranda).

In un capitolo speciale, che non è possibile riassumere, l' A. espone i particolari della tecnica terapeutica, con tutti i mezzi sopra descritti.

Dopo aver accennato alla vanità dei numerosi tentativi d'immunizzazione, l'A. chiude il suo pregevole studio inneggiando alla magnifica attivita che in questi ultimi anni si è risvegliata in Italia per la lotta contro la tubercolosi e raccomanda il precetto fondamentale che le cure siano *appropriate* (*apte*) *e lungamente protratte* (*diu*).

T. F.

STORIA DELLA MEDICINA.

La medicina nei tempi e nell'opera di Dante.

ARTURO CASTIGLIONI. Estratto dall'*Archivio di storia della scienza*, vol. III, n. 3-4, 1922.

In una interessante memoria è trattata con profonda cultura la questione se il nostro sommo poeta ebbe ad esercitare ai suoi giorni la professione medica.

Elementi storici a comprova di questa si possono dedurre dagli studi giovanili di Dante, che certo frequentò lo studio di Bologna, dove con tutta probabilità egli seguì il corso di filosofia che in quel tempo trattava anche le questioni mediche.

Anche la vita politica del poeta nella sua Fiorenza porge altre ragioni, poichè all'obbligo che vi aveva ogni cittadino di appartenere alle corporazioni, egli corrispose iscrivendosi all'Arte dei medici e degli speziali. In molte raffigurazioni del tempo è rappresentato in lucco e col vaio al berretto, foggia che secondo alcuni studi recenti rappresenta il vestiario che più spesso i medici indossavano.

L'A. studia infine i rapporti che il poeta ebbe con i medici più noti della sua età.

Oltre questi elementi storici interessanti l'A., dimostrando una conoscenza completa delle opere del Poeta, raccoglie e vaglia i passi dove le teorie mediche di Galeno ed Ippocrate, che erano quelle seguite dai medici del tempo, sono anche accennate dal poeta, e con sì vivo spirito di osservazione, come solo poteva fare chi avesse una profonda dimestichezza con quelle idee.

Anche questo, come tutti i lavori del Castiglioni, dimostra come egli sappia abbinare armonicamente la vasta cultura storica a quella medica, e sappia esporre i fatti in uno stile personale e brillante che ne rende piacevolissima la lettura. BARZ.

Le malattie ed i medici di Benvenuto Cellini.

ARTURO CASTIGLIONI. *Bollettino dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria*, anno II, n. 11-12, 1922.

In questo studio, ordinatamente diviso in capitoli, l'A. tratta sulla scorta della vita del grande scultore ed orefice del 500, della di lui infezione malarica, della peste di Roma del 1524, della sifilide contratta verso i 30 anni, che ebbe come più grave manifestazione un'irite, dei tentativi di avvelenamenti subiti, delle sue lesioni chirurgiche, delle presunte sue omosessualità e psicosi.

L'A. ritiene infondata l'accusa di omosessualità, spiega le allucinazioni come dovute ai gravi attacchi di malaria o all'esauriente prigionia, la sua instabilità, la sua imperfetta moralità, la sua violenza, come caratteristiche del suo secolo.

Opportuno rilievo trovano le sue relazioni sui medici e chirurghi famosi del suo tempo, Francesco Fusconi da Norcia, Berengario da Carpi, Giacomo Rastelli da Perugia, Guido Guidi e altri minori. Gustosi appaiono alcuni annedotti, come quello del consulto per la malaria fra Maestro Francesco e Giovanni Guidi (pag. 9), secondo i nostri criteri deontologici estremamente sconvenienti, e gli apprezzamenti del Cellini sulla esosità e furberia del grande Berengario (pag. 11).

Dal lavoro del Castiglioni, più ancora che dalla vita del Cellini, in cui gli episodi sono dispersi, emerge in una sintesi vivace il quadro della vita sanitaria del 500, con i progressi terapeutici e le scoperte anatomiche dei suoi grandi, ma anche con le superstizioni e le bassezze, che sono di ogni tempo.

Nell'introduzione e nelle conclusioni l'A. trascende i confini del suo tema e tratteggia succintamente, ma con cultura di critico e con passione di artista l'ambiente storico del gran secolo e la figura artistica del Cellini.

Il lavoro, illustrato con incisioni rare, è scritto in uno stile così ricco, vivace, piacevole, quale è difficile trovare oggi fra scrittori di cose mediche. BARZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dermatologie. Tomo XXI del « Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée » di SERGENT, RIBADEAU, DUMAS, RABONNEIX. Con la collaborazione di DARIER, CIVATTE, MALLEIN, etc. A. Maloine et fils, éd. Paris, 1923, pag. 628.

Il manuale di Dermatologia ora pubblicato, fa parte del Trattato di Patologia medica e di Terapia applicata di Sergent, Ribadeau, Dumas e Rabonneix, ma viene edito come volume a sè, preceduto da una notevole prefazione di M. J. Darier la quale è forse il capitolo più interessante del lavoro.

La storia della dermatologia, le diverse interpretazioni che nelle epoche mediche succedutesi da Ippocrate sino a noi si sono date alle malattie cutanee; le difficoltà che incontra chi voglia dedicarsi agli studi dermatologici, derivanti sopratutto dalla nomenclatura, a volte espressione puramente morfologica, a volte intesa in senso etiologico o nosologico, sono sinteticamente esposte dal Darier e servono molto bene a dare una idea,

diciamolo pure, delle incertezze che ancora regnano in questo ramo della medicina.

Nella prima parte del volume sono raggruppate le malattie della pelle il cui quadro etiologico non è ben definito e che si possono chiamare sindromi o reazioni cutanee, di cui è prototipo l'eczema. Nell'altra quelle da cause ben conosciute: dermiti artificiali, parassitarie, infettive.

Classificazione, come si vede, molto semplice, eminentemente pratica, e sopratutto adatta per girare, senza risolverle, le difficoltà d'ordine sistematico e tassinomico che ci si presentano ad ogni momento nello studio della patologia cutanea.

D'altra parte da un manuale di malattie della pelle, fatto per medici pratici più che per specialisti, non si poteva pretendere di più e di meglio. Gli autori, fra i quali figurano nomi ben noti ai dermatologi, che si sono assunti il compito di trattare i varii capitoli, lo hanno assolto in modo più che soddisfacente mantenendo una certa unità di indirizzo e di linguaggio per cui l'opera, nel suo insieme, non risente troppo dei difetti propri dei libri scritti in collaborazione di parecchi, specie quando, come in questo caso, si tratta di lavori d'indole pratica e non di opere fondamentali.

La letteratura medica francese è ricca di manuali come questo di cui ci occupiamo, che non dice nulla di molto nuovo e non è se non un libro di divulgazione. Lo additiamo ciò non ostante ai lettori i quali vi troveranno senza dubbio una buona guida nello studio elementare della dermatologia, con l'augurio che anche autori italiani, smesso il preconcetto di dover scrivere soltanto lavori originali o trattati di gran mole, si dedichino ad opere del genere, che per la loro snellezza, per la materia contenuta in limiti circoscritti, e per l'esposizione chiara ed accessibile anche a chi non sia specialista, si prestano molto bene alla diffusione della coltura dermatologica.

V. MONTESANO.

G. VERROTTI. *La sifilide e le malattie veneree.* Vol. I (*Sifilide acquisita*). Napoli, Idelson, editore, pag. 479. Prezzo L. 32.

La letteratura medica italiana dell'ultimo ventennio difettava di un buon manuale della sifilide e delle malattie veneree che non fosse una delle consuete pubblicazioni messe insieme a scopo commerciale cui facilmente l'argomento si presta. A colmare questa lacuna viene ora in luce l'eccellente volume del Verrotti, di cui il meno che si può dire, dopo averlo letto, è che fa vivamente desiderare i volumi successivi.

L'ordine e la chiarezza dell'esposizione, il linguaggio appropriato, la descrizione sobria e precisa delle diverse fasi della sifilide e dei suoi svariati sintomi rivelano, anche ad un superficiale esame, il sifilografo di polso in cui la profonda conoscenza del dottrinale teorico si compenetra con la lunga esperienza clinica non circoscritta alle sole nozioni morfologiche delle manifestazioni cutanee e mucose, ma estesa a tutta l'intima evoluzione del processo luetico nei diversi apparati dell'organismo umano.

Alcuni paragrafi anzi, per quanto brevi e sintetici, come quelli sulle glandole endocrine e sulla mortalità per lues, possono dirsi, per un compendio di sifilografia, una novità.

Di particolare interesse è poi il capitolo sulla patogenesi della sifilide (parte V) in cui i classici concetti sull'immunità e sulla reinfezione in questa malattia sono studiati e vagliati al lume delle più moderne vedute scientifiche: nonchè l'altro sulla terapia (parte VI) ove, più che in ogni altro capitolo, l'Autore mette a profitto la sua lunga esperienza per esporre le indicazioni razionali dei diversi medicamenti in uso e specialmente gli arsenobenzoli, i preparati di mercurio e quelli più recenti di bismuto, sui quali regnano ancora, nello stesso campo degli specialisti, idee erronee, confuse e preconcette.

Non è dunque un libro di compilazione questo del Verrotti, ma un trattato moderno, in molte parti nuovo, starei per dire personale, al cui successo contribueranno certo anche la suddivisione della materia in brevi paragrafi, atti a fissare bene nella mente del lettore i concetti fondamentali; la decorosa veste tipografica e le buone illustrazioni in nero ed a colori qua e là intercalate nel testo.

V. MONTESANO.

L. MARCHISIO. *Come ci possiamo difendere dal pericolo venereo.* Pagine dedicate alla gioventù. Con prefazione del prof. ACHILLE SCLAVO. Edit. «L'Italia Sanitaria», Roma. Prezzo L. 3, pag. 52.

L'Associazione Italiana per l'Igiene, così benemerita per l'opera di propaganda igienica che va compiendo sotto la guida del suo illustre presidente prof. A. Sclavo, ha avuto proprio quello che si dice un'ottima idea nel bandire un concorso con premio per un opuscolo di profilassi antivenerea, dovuto ad un autore italiano.

Il lavoro del dott. Marchisio, che segnaliamo ai lettori del «Policlinico», riuscì vinci-

tore dopo il maturo esame di una Commissione appositamente nominata.

Diciamo subito che l'opuscolo risponde completamente all'aspettativa sia per la chiarezza e la sobrietà dell'esposizione, sia per i concetti espressi in modo popolare, sintetico e senza tutto il ciarpame rettorico-moralista che abitualmente ingombra le pubblicazioni del genere.

Alle cose dette dall'A. si può sottoscrivere senza riserve, salvo in qualche punto come p. es. là ove si accenna alla cura abortiva della blenorragia: il che però non menoma il valore dell'opuscolo che noi desidereremmo veder diffuso largamente in mezzo ad ogni classe sociale e specialmente fra i giovani che sono le vittime designate dall'inesperienza e dagl'impulsi, spesso infrenabili, proprii della loro età.

L'Associazione Italiana per l'Igiene, che ha già fatto un'opera benefica nel bandire il concorso e nell'assumersi le spese di pubblicazione di questo veramente pregevole lavoro, acquisterà ancora maggior merito agli occhi di quanti si preoccupano del grave pericolo sociale che rappresentano le infezioni veneree, e dell'ignoranza che regna nella grande massa del pubblico su di un argomento così vitale, provvedendo a che l'opuscolo del dott. Marchisio abbia il maggior numero possibile di lettori.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 marzo 1923.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

La ricerca del bacillo difterico coi terreni elettivi nella pratica dell'accertamento diagnostico della difterite.

Prof. M. PERGOLA. — L'O. riferisce di aver praticato un largo esperimento comparativo tra i terreni con tellurito di potassio, che egli ha elaborato per le culture di isolamento e di arricchimento del bacillo difterico, e il siero di Löffler. Sono stati esaminati complessivamente 334 campioni di sospetti difterici: i terreni del Pergola hanno dato esito positivo in 153 campioni, cioè nel 45.80 %, il siero Löffler in 56, cioè nel 16.76 %. Nessuno dei casi positivi nel siero Löffler è risultato negativo negli altri substrati, mentre si è verificato l'inverso in 97 casi, cioè nel 29.04 %.

Considerando poi il totale dei casi positivi, che è stato di 153, risulta che il terreno elaborato dall'O. per le culture di isolamento ne ha fatti riconoscere direttamente 108, cioè circa 70 %, quello elaborato per le culture di arricchimento, ne ha rivelati 45, cioè circa il 30 %, ed il siero Löffler ne ha fatti riconoscere 56, cioè 36.60 %, il che significa che con quest'ultimo substrato si perdono 63.40 % dei casi positivi, cioè quasi due terzi.

I terreni del Pergola risultano dunque i migliori e quindi i più raccomandabili per la ricerca del bacillo difterico.

Il socio prof. PONTANO fa notare che secondo la sua personale esperienza, il siero di Löffler risponde ottimamente per quel che riguarda i malati. Per i portatori egli vede un vero vantaggio nel terreno proposto dal Pergola, ma domanda se il suo terreno mostra una specificità per distinguere i difterici dai difterimorfi o se dopo l'isolamento bisogna esperire le note ricerche sui poteri fermentativi.

Il socio prof. GOSIO insiste sull'importanza dei risultati sinora ottenuti dal Pergola.

Risponde il prof. PERGOLA che non esistono finora criteri utili a differenziare difterici da difterimorfi e che ogni b. difterico può trasformarsi nelle serie di culture in un b. colle caratteristiche del difterimorfo.

Ulteriori ricerche sulla encefalite epidemica.

Dott. P. ZANNELLI e G. SANTANGELO. — Il dott. Zannelli riferisce, anche a nome del collega, le loro ulteriori ricerche sulla eziologia della encefalite epidemica eseguite inoculando in conigli e cavie colla tecnica delle precedenti ricerche il Liquor proveniente da 5 malati di encefalite epidemica.

I pazienti presentavano quasi tutti i sintomi caratteristici dell'encefalite ma molto attenuati; in tutti i casi la fase letargica è stata prevalente sulla ipercinetica, il decorso abbastanza protratto, i pazienti presentarono apparente guarigione.

Gli OO. hanno potuto constatare che anche la malattia sperimentale ha decorso in modo cronico poichè gli animali venivano a morte dopo molti giorni, inoltre hanno notato che tanto più lieve era la sintomatologia clinica, tanto meno possibile riusciva la trasmissione in serie della malattia dopo pochi passaggi. Hanno istituite delle particolari ricerche sul tropismo dei virus encefalitici, dalle quali è risultato che lo spiccato tropismo neurale non è un criterio differenziale assoluto, che può servire a differenziare il virus encefalitico dagli altri similari, poichè può diminuire fino alla scomparsa attraverso successive fasi di devirulentazione. In dette fasi esso può presentare delle proprietà di tropismo del tutto analoghe a quelle del virus erpetico, del virus salivare degli encefalitici o dei portatori sani. Concludono affermando che la mitezza dei sintomi clinici di encefalite riscontrata nella epidemia di quest'anno deve essere messa in rapporto con la attenuazione del virus encefalitico.

Sul valore diagnostico delle stafilolisine nelle infezioni da stafilococchi.

Dott. N. PICCALUGA. — L'O. parla della reazione stafilolitica. Egli ha preparato un antigene alcoolico che risponde ottimamente allo scopo di svelare il potere emolitico di sieri umani in esame.

Azione della radioterapia sulla crasi sanguigna in rapporto alla qualità dei raggi.

Dott. U. NUVOLI. — L'O. riferisce sull'azione della radiazione con raggi filtrati col metodo della filtrazione variabile. Esperienze su animali hanno rivelato un aumento di globuli rossi con raggi filtrati, diminuzione dei globuli rossi e bianchi colle radiazioni con raggi duri.

Al socio prof. GIUDICEANDREA che domanda quale è stato il comportamento dell'emoglobina, l'O. risponde che si è trovato un corrispondente aumento di essa.

Radioterapia nella sicosi semplice con le radiazioni secondarie.

Dott. GASTONE MELDOLESI. — Mediante la produzione di radiazioni secondarie ottenute col metodo Ghilarducci l'O. ha avuti costanti favorevoli risultati. Mentre con tale tecnica si sono ottenute guarigioni dopo 2 o al massimo 3 applicazioni, con le radiazioni ordinarie altri autori hanno dovuto eseguire sedute molto più numerose (da 20 a 85). L'O. inoltre non ha osservato nessun disturbo per il paziente, nè alcuna deformità estetica.

Un nuovo apparecchio per lo studio dell'attività cardiaca.

Prof. D. MAESTRINI. — L'O. illustra il suo doppio tonografo, ne mostra il funzionamento ed accenna ai primi risultati ottenuti nello studio del vario modo di comportarsi della eccitabilità ventricolare ed atriale di fronte a determinati stimoli chimici, come l'alcool etilico e l'urea, la cinconina, la chinina.

Processo di laringectomia con ricostituzione della breccia faringo-esofagea mercè autoplastica aponevrotica.

Prof. N. LEOTTA. — Dopo aver ricordato come nella laringectomia si abbia da una parte la difficoltà inerente alla breccia faringo-esofagea residuale da ricolmare e dall'altra il pericolo della facile polmonite *ab ingestis*, dopo aver ricordato i processi del Perier e del Durante, espone un processo proprio che ricolma la breccia faringo-esofagea mercè una autoplastica aponevrotica con un lembo, peduncolato lateralmente a spese dell'aponevrosi cervicale superficiale. Nel I tempo l'O. scolpisce un lembo di cute e sottocutaneo quadrilatero, con peduncolo laterale esteso da un muscolo sterno cleido mastoideo all'altro, e di cui il tratto orizzontale superiore si ha all'altezza dell'osso ioide e l'inferiore a circa due cm. sotto la cartilagine cricoide. Il peduncolo può essere indifferentemente a destra o a sinistra.

Nel II tempo scolpisce un lembo come il cutaneo ma con peduncolo dall'altro lato, a spese dell'aponevrosi superficiale col margine libero a livello del margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo di un lato ed il peduncolo a livello del margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo dell'altro lato.

Nel III tempo esegue la laringectomia con la tecnica ordinaria senza preoccuparsi della breccia faringo-esofagea chè essa potrà sempre ricolmarsi qualunque ne sia l'ampiezza.

Nel IV tempo, asportato il laringe passa il lembo aponevrotico sotto i muscoli sotto-ioidei del lato ove sta il peduncolo del lembo stesso, lo porta sulla breccia faringo-esofagea e lo riunisce con una sutura continua in seta sottile ai margini della breccia e su tutto il contorno di essa. Il lembo aponevrotico che è sempre abbondante è più che sufficiente per chiudere la breccia qualunque ne sia la vastità.

Nel V tempo riunisce al davanti del lembo aponevrotico con un piano di sutura muscolare profonda i muscoli sotto-ioidei di un lato con quelli dell'altro, riunendoli sulla linea mediana ed eliminando lo spazio morto tra essi ed il lembo aponevrotico. Fissa la trachea alla cute con una serie di punti di sutura a corona e per ultimo riunisce la cute e il sottocutaneo rimettendo al suo posto il lembo cutaneo.

Tale processo che l'O. ha sperimentato sui cani è di esecuzione ancora più facile nell'uomo come ha potuto vedere eseguendolo nel cadavere e si propone di applicarlo in clinica. Esso ha il vantaggio di poter chiudere sempre la breccia faringo-esofagea qualunque ne sia l'ampiezza e di riunire in ogni caso tutta la ferita di prima intenzione mettendo quindi l'operato nelle migliori condizioni desiderabili per evitare la broncopolmonite *ab ingestis*.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 13 maggio 1923.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, *presidente*.

Vaccinoterapia ed operazione di Kondolèon in un caso di elefantiasi post-eresipelatosa degli arti inferiori.

Prof. LUIGI DE GAETANO. — Riferisce su di un caso di elefantiasi post-eresipelatosa delle gambe, nel quale ottenne la guarigione con la vaccinoterapia antistreptococcica, con l'operazione di Kondolèon, e con l'applicazione, dopo l'operazione, delle fascie elastiche di crespo di Velpeau.

Gli attacchi di eresipela si ripetevano da 8 anni e, negli ultimi tempi, si erano resi assai frequenti (ogni 10 a 12 giorni). Non avendo potuto isolare lo streptococco dalle gambe dell'infermo, usò vaccino antistreptococcico eterogeno polivalente.

Fece anche le iniezioni di fibrolisina (tiosinamina).

Immunizzato l'infermo, passò a praticare l'operazione di Kondolèon, con alcune modalità tecniche che miravano ad asportare la maggior parte di tessuti infiltrati e sclerosati, ed a rimuovere la quasi totalità dell'aponevrosi d'inviluppo della gamba. L'operazione fu eseguita in due tempi.

prima alla gamba sinistra, la più compromessa, e poi alla destra. Guarigione *per prima*.

Ottenuta la guarigione chirurgica non si lasciò l'infermo a se stesso, ma lo si seguì attentamente e, constatato che nelle prolungate stazioni in piedi persisteva la tendenza agli edemi, gli si applicarono quattro fasce di crespo di Velpeau, due per ciascun arto, dopo di che la guarigione si potè dire definitiva. (Presenta la fotografia dell'operato prima dell'operazione, l'operato stesso completamente guarito, i pezzi anatomo-patologici asportati, ed i preparati istologici che ne mostrano le alterazioni).

Viene, infine, alle seguenti conclusioni:

1° Nelle forme di elefantiasi post-infettive far sempre precedere una cura vaccinica specifica prima dell'intervento chirurgico.

2° Nella operazione di Kondolèon asportare quanto più è possibile di tessuto cutaneo e sottocutaneo infiltrato e sclerotizzato, trattando la lesione come se fosse un tumore linfofibromatoso.

3° Asportare largamente l'aponevrosi d'inviluppo dell'arto con lunghe incisioni bilaterali, in guisa da scoprire le masse muscolari e metterle in diretto contatto con il tessuto connettivo sottocutaneo.

4° A complemento dell'atto operativo, ed a fine di impedire eventuali riproduzioni, applicare, dopo avvenuta la guarigione chirurgica, le fasce elastiche di crespo di Velpeau, al doppio scopo di far sì che la circolazione linfatica e venosa superficiale continui a compiersi attraverso le vie profonde intramuscolari, e di supplire al deficiente tono vasale indubbiamente compromesso in tali patologiche deformità.

A. Chistoni.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 20 aprile 1923.

Presidenza: prof. A. Pasini, presidente.

Di un nuovo trequarti per l'evacuazione degli edemi periferici.

G. Galli. — L'O. presenta un trequarti di sua ideazione per evacuare gli edemi negli scompensi cardiaci. Le cannule di questo nuovo trequarti restano facilmente in posto e permettono un ampio drenaggio senza molestia del paziente e senza imbrattamento del letto. L'O. mette in rilievo l'utilità dell'evacuazione degli edemi anche in casi gravi e con prognostico apparentemente infausto.

Rilievi anatomo-patologici sopra fibromiomi dell'utero ed annessi irradiati.

M. Massazza. — Riferisce i risultati dell'indagine anatomo-patologica istituita sopra alcuni casi di fibromiomi dell'utero irradiati ed asportati in seguito con l'intervento chirurgico. Dimostra, sulla scorta di preparati istologici, la completa atrofia degli elementi dei follicoli ovarici, mentre non risultano in alcun punto dei tumori o nella parete uterina segni di alterazioni apprezzabili che si possano riferire ad una azione diretta dei raggi X. In un caso di fibromi dell'utero gravido trattato con la Roentgen-terapia e chirurgicamente asportato ha potuto mettere in evidenza particolari modificazioni del corpo luteo gravidico.

Principii di terapia antiblenorragica.

G. Vallillo. — La norma direttrice, nella cura locale delle infezioni blenorragiche, è vincolata esclusivamente al principio dell'antisepsi. Ciò porta da una parte ad adoperare mezzi e modi sproporzionati allo scopo, dall'altra a non tenere nel dovuto conto il substrato vivente, nel quale le sostanze medicamentose devono svolgere la loro azione. L'integrità della mucosa uretrale viene in tal modo più o meno compromessa e il processo naturale di guarigione ostacolato e ritardato.

L'O. imposta il problema della terapia esterna delle uretriti gonococciche o infettive in genere su altre basi ed enuncia un metodo di cura che, prescindendo dall'elemento infettivo, dà la massima importanza al terreno in cui questo svolge la propria attività. Egli si vale di sostanze scelte fra le tante studiate nel loro comportamento rispetto a svariati elementi cellulari dell'organismo. Tali sostanze, che a dosi infinitesimali costituiscono un complesso che l'A. ha denominato «*Blenolo*», servono ottimamente per la cura delle uretriti blenorragiche acute, subacute e in special modo croniche o ribelli ai comuni trattamenti, come pure nei casi di uretrocistiti, e ciò risulta non soltanto da osservazioni personali, ma anche dai ragguagli favorevoli avuti da altri sperimentatori.

Sul valore clinico della ricerca dei fermenti triptici nelle feci.

U. Carpi. — L'O. afferma la sensibilità e la specificità del metodo della gelatina per la dimostrazione della digestione triptica; e dimostra che, per la ricerca dei fermenti triptici nelle feci, esso costituisce il metodo di elezione. Usa la tecnica già descritta in lavori precedenti (Carpi e Bai).

In ricerche sperimentali l'O. ha accertato che, in seguito a legatura dell'intestino, le feci a monte della legatura, dànno ancora digestione triptica, mentre quelle al di sotto della legatura non digeriscono la gelatina.

Clinicamente: in casi di tumori della testa del pancreas, controllati al tavolo anatomico, con occlusione totale dei dotti pancreatici, l'O. ha potuto costantemente constatare l'assenza di digestione triptica nelle feci.

In una serie di casi venuti al tavolo anatomico per malattie diverse, e nei quali la dimostrazione clinica del potere triptico delle feci era risultata positiva, l'O. potè sempre accertarsi della integrità anatomica del pancreas.

In casi di compromissione funzionale del pancreas (pancreatite, diabete pancreatico, cirrosi del pancreas) il potere triptico delle feci risulta notevolmente ridotto.

In una serie di ricerche di controllo eseguite colla ricerca dei fermenti triptici nel contenuto gastrico, l'O. ha constatato che normalmente si ha un reflusso di succo pancreatico nel ventricolo, anche col semplice pasto di Ewald (senza ricorrere al pasto di olio di Boldyreff). I risultati della ricerca dei fermenti triptici nel contenuto gastrico corrispondono a quelli ottenuti sugli stessi pazienti colla ricerca della azione proteolitica delle feci.

In casi di processi catarrali intestinali, con presenza di grasso nelle feci, la dimostrazione del potere triptico delle feci permette di escludere una insufficienza pancreatica.

L'O. conclude che la ricerca dei fermenti triptici nelle feci e nel succo gastrico col metodo della gelatina (Carpi e Bai), deve essere accolto nella pratica clinica come sussidio diagnostico di valore indubbio per la dimostrazione diretta della secrezione proteolitica del pancreas.

Seduta del 2 febbraio 1923.

Presidenza: prof. B. Rossi, presidente.

Semplificazione di tecnica della reazione di Abderhalden per la diagnosi di tumori maligni.

F. Cattoretti. — L'O. riferisce i risultati ottenuti nel campo dei neoplasmi maligni con la reazione di Abderhalden modificata dall'O. medesimo. La modificazione consiste nel mettere direttamente a contatto il siero di sangue col substrato neoplastico e mantenere il miscuglio in osservazione in termostato. In caso di reazione positiva compare intorbidamento del siero e spappolamento del substrato. I risultati ottenuti in una serie di neoplasmi conclamati non furono molto incoraggianti, in quanto che in una piccola percentuale di casi la reazione risultò nettamente positiva; in alcuni altri l'esito fu dubbio ed in parecchi del tutto negativo.

Dati statistici sugli esiti lontani del pneumotorace artificiale nella cura della tisi polmonare.

U. Carpi. — L'O. riferisce i risultati statistici di 129 casi di tisi polmonare nei quali venne, con varia indicazione attuata la cura di pneumotorace artificiale e che si riferiscono a un periodo di osservazioni di 12 anni.

Fatta una selezione dei casi a indicazione in extremis, o inefettuabili, per aderenze pleuriche, i risultati per i casi di corretta indicazione sono rappresentati dalle seguenti cifre: Risultati favorevoli 49.31 %; risultati di guarigione definitiva 35.76 %.

Gli esiti sfavorevoli in parte furono sostenuti da complicazioni infettive non tubercolari, in casi già avviati a guarigione clinica (broncopolmoniti grippali) a empiemi pleurici fistolizzati, a tubercolosi intestinale, a complicazioni cardiache.

Le complicazioni tubercolari renali e laringee sono meno temibili e possono passare a guarigione nel caso di una cura di pneumotorace a decorso favorevole.

Due casi di tubercolosi muscolare primitiva.

L. Capponago. — Comunica due casi di miosite tubercolare primitiva. Nel primo era colpito il muscolo grande dorsale; nel secondo il retto anteriore ed il vasto esterno della coscia destra. In entrambi si trattava di un ascesso freddo situato nello spessore dei muscoli e non vi era nessuna apertura fistolosa nelle pareti delle cavità ascessuali.

Le fibre muscolari erano in gran parte conservate: solo alcune mostravano un aumento dei nuclei, scomparsa della striatura trasversale, ed alcune presentavano un inizio di degenerazione grassa e vitrea.

Le due sacche vennero asportate in toto e ne seguì guarigione per prima.

Stenosi cicatriziale dell'esofago.

L. Ansaldo. — Presenta un caso di stenosi esofagea cicatriziale insormontabile che, operata di urgenza di gastrostomia per ovviare al grave deperimento generale e coll'intendimento di intervenire chirurgicamente in un secondo tempo sulla lesione cicatriziale, ha avuto un graduale e progressivo miglioramento della stenosi, cosicchè nello spazio di un anno circa l'ammalata poteva nutrirsi senza nessuna difficoltà con l'introduzione anche di cibi solidi. Tale miglioramento è da ritenersi in rapporto col riposo e colla sottrazione di tutti i detriti alimentari in corrispondenza del tratto stenotico nel periodo nel quale essa si nutriva esclusivamente attraverso alla fistola gastrica.

Seduta del 16 febbraio 1923.

Presidenza: prof. B. Rossi, presidente.

Sui rapporti tra ipersensibilità ed immunità.

A. Zironi. — L'O. avanza l'ipotesi che i fenomeni di ipersensibilità si possano dividere in due categorie fondamentali, a seconda che l'elemento cellulare più sensibile della norma può o no reagire con intensità maggiore che di norma allo scopo di allontanare lo stimolo. Se manca la possibilità della reazione iperergica le cellule, e per conseguenza l'organismo intero, presentano il quadro noto come «fenomeno paradosso» o come «idiosincrasia». Se invece possono reagire molto più intensamente che di norma, allontanando od annullando lo stimolo, allora offrono il quadro della immunità in senso lato, ed in particolare della immunità umorale. Per l'O. la produzione di anticorpi in quantità rilevante è sempre l'effetto della cooperazione di due fattori: la capacità della cellula di sentire più fortemente della norma certi stimoli chimici, e la capacità di una reazione secretoria maggiore della normale.

Sull'edema da carbonchio.

L. Moncalvi. — L'O. riferisce intorno ad alcuni casi di carbonchio cutaneo di cui due specialmente nella forma nota col nome di edema carbonchio-

so. Rileva come questo non sia che un'infezione da b. anthracis, particolare della r. orbito-palpebrale, in cui un edema, assai intenso e diffuso, precede sensibilmente la pustola; sicchè la distinzione fra le due forme ha solo un limitato valore nosografico. Importa tuttavia conoscere tale eventualità per una diagnosi clinica precoce, tanto più che, trascorsi pochi giorni, l'esame batteriologico ed anche la prova sierologica della precipitina possono riuscire negativi.

I cinque casi di carbonchio curati dall'O. nel biennio 1921-22 presso il Padiglione d'isolamento dell'Ospedale Maggiore ebbero tutti esito favorevole, malgrado l'imponenza e la gravità delle manifestazioni locali. Nel primo dei casi il siero specifico non venne usato. Negli altri quattro casi il suo uso non ebbe influenza apprezzabile sul decorso della malattia. La terapia locale si limitò alla detersione meccanica ed alla medicazione asettica del focolaio necrotico, abolendo ogni mezzo caustico ed antisettico.

Osservazioni anatomo-patologiche di G. B. Morgagni riferentisi a malattie professionali.

P. Piccinini. — Morgagni rappresenta l'affermazione degli studi anatomici applicati allo scibile medico, e segna l'apogeo di un «periodo anatomico» iniziatosi già nel sec. XVI con Eustachio, Falloppio, Varolio, Cesalpino, ecc., e continuatosi con Malpighi, Redi, Valsalva, ecc.

Fra le opere lasciateci da Morgagni, ha speciale importanza il «De sedibus et causis morborum», frutto di una vastissima esperienza anatomo-patologica, che non si disgiungeva mai dalla clinica. Le osservazioni riferentisi a malattie professionali sono dall'O. così distinte: 1) Deformazioni permanenti da lavoro precoce; 2) Alterazioni varie delle vie respiratorie e dei polmoni: *a*) da sforzi prolungati, *b*) da polveri nocive inalate; 3) Alterazioni permanenti vasali; 4) Con cause varie di origine professionale.

Poichè Morgagni cita ripetutamente il «De morbis artificum» di Ramazzini, non vi ha dubbio che egli risentì la influenza di tale opera, che per la sua concezione originale e la nobiltà degli intenti aveva riportato il plauso universale.

C. Vallardi.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 12 gennaio 1923.
Presidente: Battistini.

Due casi di osteosarcoma del bacino trattati colla radioterapia.

Bertolotti. — Presenta i due malati dimostrando il rapido e completo successo avuto nei due casi dal trattamento di cui illustra le modalità e la tecnica.

Seduta del 26 gennaio.

Presidente: Oliva.
Commemorazione del prof. Daniele Bajardi.

Seduta del 2 febbraio 1923.

Presidente: Battistini.
Insufficienza dell'arteria aorta.

P. Foà. — Ho l'onore di presentare il cuore e l'aorta di un soggetto morto a 67 anni con segni pronunciati di insufficienza cardiaca. Fu un forte lavoratore e sofferse di blenorrea, di sifilide e di reumatismo articolare; era anche un bevitore. Presentò la reazione di Wassermann positiva. Ebbe anche una pleurite essudativa a 42 anni.

All'autopsia è resultato il seguente reperto. Area cardiaca molto estesa. Il cuore voluminoso, sopratutto a spese del ventricolo sinistro, il quale era dilatato e ipertrofico, con nessuna altra apparente lesione del miocardio, le arterie coronarie erano fornite di placche ateromatose, ma i loro fori d'ingresso erano beanti. L'arco dell'aorta era molto dilatato; le valvole semilunari aortiche erano sottili e d'apparenza normale. Subito sopra alle valvole, dal seno di Valsalva, si presentavano sull'intima molte placche fibrose alternate da estese aree di degenerazione grassa e ateromatose con qualche punto di infiltrazione calcarea. Nella porzione ascendente l'arco dilatatissimo, anelastico, si era fatto in parte trasparente per la grande atrofia della parete nei punti di maggior ectasia. Tutta l'aorta toracica presentava l'intima con piccole placche fibrose, alternate a molta parte degenerativa con piccoli ascessi e con piccole ulcere ateromatose. Al principio dell'aorta addominale gli ispessimenti e le aree degenerate erano più rare per ridiventare più accentuate alla biforcazione dell'aorta. Tutte le iliache e le femorali erano aterosclerotiche. Le cavità del cuore erano molto ampie. I polmoni in istato di induramento bruno con edema. Idrotorace doppio, idropeascite, edemi negli arti inferiori. Fegato cianotico, milza e reni da stasi. Al microscopio non si è rilevato nulla nelle fibre muscolari del cuore; si sono trovate negli alveoli polmonari molte cellule globulifere e pigmentifere (cellule cardiache). Il capo non fu sezionato.

La nostra diagnosi fu di insufficienza aortica, ma non nel senso usuale che corrisponde alla insufficienza delle valvole aortiche, sibbene nel senso di insufficienza dell'arteria, o del tubo arterioso. Non avevamo nessuna ragione anatomica per ammettere l'insufficienza delle valvole aortiche: non nella loro struttura, non in alterazioni del miocardio, che non furono riscontrate. Data la diagnosi suddetta, è degno di attenzione il fatto che una insufficienza per aortite associata a grave ateromasia dell'aorta con sfiancamento dell'arco, conduce spesso agli stessi esiti che si hanno da una insufficienza per stenosi della mitrale, come l'attestano l'ectasia del cuor destro, l'induramento bruno del polmone, i visceri da stasi, i versamenti sierosi nelle cavità delle pleure e del peritoneo, e gli edemi alle gambe. È noto che le pure insufficienze valvolari dell'aorta, non si presentano con gli esiti suesposti. Possono bensì intervenire fenomeni dipendenti da insufficienza cardiaca, ma molto meno intensi, e meno predominanti di quel-

lo che sieno nei vizi del cuore sinistro. Il fatto si può spiegare così: I fenomeni della stasi possono dipendere da due ordini di cause, o da ostacoli al circolo refluo, o da mancanza di propulsione (vis a tergo) da parte delle arterie, le cui contrazioni hanno tanta importanza nell'aiutare la circolazione del sangue. Data la mancata «vis a tergo» il sangue venoso necessariamente ristagna, il che conduce alle summenzionate conseguenze anatomiche.

Ho desiderato rilevare i fatti suesposti, onde porgere ai pratici argomento di meditazione sulla opportunità di distinguere le insufficienze delle valvole aortiche dalle insufficienze dell'arteria aorta. Non ignoro che si parla anche di insufficienze muscolari delle valvole in genere, e delle valvole aortiche in ispecie. Infatti quando si riscontrano profondamente degenerati o sclerosati i muscoli papillari, non occorre ricercare la esistenza di una endocardite per ammettere l'insufficienza delle valvole, ma quando le pareti del ventricolo sinistro del cuore, e il setto interventricolare sono intatti, e intatta è la struttura delle valvole aortiche, non si capirebbe come si potesse ammettere l'insufficienza di queste ultime. Egli è vero che da qualche autore si accenna all'esistenza di insufficienze valvolari aortiche di origine muscolare, ma si aggiunge che esse sono molto rare, e le si riscontrano solo nei casi di grave malattia del miocardio. Nel nostro caso, ripeto, il miocardio, salvo una non esagerata ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro, non presentava alcuna alterazione e le valvole erano sane.

Lotta contro il gozzo.

P. FOÀ. — Partecipa il vivo movimento che esiste attualmente in vari Cantoni della Svizzera e nella Valtellina per opera di un benemerito Comitato locale inteso a combattere l'endemia del gozzo.

È accertato oggidì che il gozzo è in funzione colla diminuita quantità di iodio nella ghiandola tiroide, ed è noto che vi è per l'esistenza normale la necessità di un *minimum* di iodio nell'organismo. La cura felicemente intrapresa tempo addietro con l'opoterapia tiroidea, fu modificata nel senso che in luogo della tiroidea fresca si è somministrata la tiroidea essiccata e polverizzata, ma ciò che giova nella cura tiroidea si è appunto la minima quantità di iodio che essa contiene. Si pensa pertanto che la migliore profilassi del gozzo quando esso è ancora pastoso ossia sul crescere, sia la somministrazione di preparati iodati. In vari Cantoni della Svizzera si è adottato il sale iodato, che viene così sostituito negli abituali usi di cucina e nella fabbricazione del pane al sale comune. I risultati di questo semplice procedimento profilattico sono stati ottimi ed è bene che se ne tenga conto per la sua introduzione in Italia, in cui le regioni gozzigene sono molto numerose.

Sopra un caso di rabdomioma del cuore.

OMODEI-ZORINI. — Interessante contributo casistico

Sull'idrocefalo interno e sua cura chirurgica.

UFFREDUZZI. — Riepilogate brevemente le varie forme di idrocefalo e ricordati i vari tentativi chirurgici finora fatti per guarire tale affezione, riferisce su di un suo caso operato dieci anni fa di trapanazione osteoplastica decompressiva, in cui si ebbe un notevole miglioramento sia nei sintomi paraplegici che in quelli oculari.

VALOBRA riferisce pure sull'argomento dell'idrocefalo interno, affermando la necessità di un intervento chirurgico nella massima parte dei casi. Comunica appunto un caso di una signora migliorata sensibilmente colla puntura e il drenaggio del ventricolo laterale.

Stereoscopio a tempo di posa variabile (graduabile) pel trattamento ortopedico dello strabismo concomitante.

CARBONE presenta l'apparecchio da lui ideato.

PIETRO SISTO.

Società Sassarese di Scienze mediche e naturali.

Seduta del 29 aprile 1923.

Complicazioni neurologiche dell'eritremia.

O. ROSSI. — L'O. presenta un malato affetto da eritremia nel quale si stabilì trombosi della silviana di sinistra, più completa nel territorio dell'art. frontale infer. con conseguente emiparesi destra, afasia e qualche fatto di aprassia, ed illustra un altro caso di eritremia nel quale si ebbero emorragie miliari in corrispondenza della calotta mesencefalica. Tratteggia il quadro generale delle complicazioni nervose della malattia di Vaquez e poi si sofferma su alcuni reperti interessanti per lumeggiare il quadro clinico della forma morbosa e la sua patogenesi mettendo in speciale evidenza la rapidità di riassorbimento degli stravasi notati nel primo caso nella retina e tra le maglie delle pie meningi. Fa notare la presenza nella polpa splenica di numerosi premielociti, mielociti e metamielociti neutrofili ed anche di metamielociti eosinofili, mentre nel sangue circolante i granulociti, aumentati di numero e prevalenti sui linfociti, avevano tutti caratteri di elementi maturi.

Sui danni che la somministrazione di chinino senza il controllo del medico può produrre nell'orecchio.

G. DORE. — L'O. illustra un caso nel quale, in seguito a somministrazione di chinino, si produsse una notevole sordità. Si sofferma sulla diagnosi differenziale fra l'ipoacusia da chinino e quella prodotta da altre cause: espone in breve riassunto i risultati delle esperienze fatte in proposito da varii autori sugli animali. Conclude affermando che la somministrazione del chinino deve sempre venir affidata al medico, l'opera del quale può impedire od attenuare inconvenienti come quelli riferiti nel caso dell'A.

S. DE BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Impoıtanza del sintomo dolore nella gravidanza extrauterina.

Il maggiore pericolo della gravidanza ectopica nella sua varietà tubarica che ne costituisce pressochè la regola, si verifica proprio nei primi mesi in cui si hanno maggiori difficoltà diagnostiche specialmente quando fanno difetto sintomi di probabilità se non di assoluta certezza, come ritardo mestruale, secrezione mammaria, perdite sanguigne sciroppose, ecc. La mancata consuetudine delle donne di ricorrere alla visita ginecologica per un semplice ritardo od una mancanza mestruale, il nessun peso dato a piccole molestie spiegano come difficilmente si sospettino o si diagnostichino gravidanze tubariche appena iniziali in atto; è quindi assai probabile che molti aborti tubarici passino inosservati con qualche dolore e modico versamento di sangue nello scavo di Douglas. Di solito invece il medico è avvertito solo quando la gravidanza è già turbata nella sua evoluzione ed il giudizio diagnostico s'impone, magari per fenomeni catastrofici. F. Valtorta (*Atti della Società med. chirurg. di Padova*, marzo 1923) richiama l'attenzione sull'importanza che, in presenza di una tumescenza iuxta-uterina ed in mancanza di fenomeni presunti di gravidanza, può assumere l'esatta valutazione dei dolori. Questi si presentano a crisi che si ripetono a più o meno breve distanza di tempo, come dolori al basso ventre ad accessi in forma di crampi, coliche, trafitture, stiramenti; talvolta si tratta di sensazioni brevi, di poco rilievo, tal'altra esse sono invece più marcate e danno origine subitaneamente a fenomeni gravi. Tali dolori, che sono da interpetrarsi come vere doglie tubariche, provocano una particolare sensazione di spasmo ano-vagino-vescicale. All'esame si riscontra una tumefazione iuxta-uterina molle, pastosa, con caratteri di attività circolatoria rilevata dal dito esploratore attraverso il fornice più o meno marcatamente pulsante; la tumescenza al toccamento indiretto può mostrarsi poco dolorosa, mentre invece sostando nell'esame può dare maggior dolore perchè entra in contrazione. Nulla di simile si osserva nelle manifestazioni dolorose addominali per processi infiammatorî annessiali. Frequentemente si osservano inoltre lievi rialzi termici che sembrano susseguenti a contrazione tubarica (piccole emorragie endotubariche e peritoneali) che non hanno ricevuto finora una chiara spiegazione.

A. Z.

CASISTICA.

Torsione spontanea del cordone spermatico.

Carraro (*Atti della Soc. Lombarda di Scienze*, ecc.) riporta un caso osservato in un giovane che da 6 anni soffriva di crisi dolorose al testicolo sinistro, a periodi, anche nel completo riposo, accompagnate da nausea, vomito, tumefazione del testicolo. mai febbre. Dopo ripetuti attacchi dolorosi fu riscontrata atrofia del testicolo. Negli ultimi tempi si erano aggiunte crisi dolorose anche al testicolo destro, simili a quello sinistro, con tumefazione dello scroto, ingrossamento e dolore del funicolo, versamento sanguigno nella vaginale del testicolo. Con l'intervento fu trovato il cordone spermatico torto sul suo asse avendo il testicolo fatto 4 giri. La causa di tale torsione fu attribuita alla mancanza di meso per cui il testicolo era completamente libero nella vaginale.

Quanto alla patogenesi in generale l'A. riferisce che sono cause predisponenti l'ectopia e la forma discoide del testicolo, la brevità del cordone, la disseminazione degli elementi, la bifidità del cordone, la mancanza e l'eccessiva lunghezza del meso testicolare e cause occasionali tutti gli sforzi addominali. La torsione può avvenire o nello spazio scrotale per cui il testicolo si torce insieme con tutti gli involucri, o entro la vaginale.

I casi riscontrati nella letteratura sono un centinaio; nella metà si trattava di testicoli ectopici

Fra i sintomi si hanno dolore improvviso al testicolo, tumefazione irriducibile, cordone grosso al disotto della torsione, versamento sanguinolento della vaginale. Riguardo al decorso può aversi la detorsione spontanea del cordone con scomparsa dei sintomi, il ritorno al normale del tescicolo, l'atrofia dopo ripetute o prolungate torsioni. In tutti i casi pubblicati la diagnosi clinica è stata di orchite o di ernia strozzata.

La cura consiste nella riduzione della torsione e nella fissazione del testicolo o nella castrazione se questo è in sfacelo.

TERAPIA.

Il cloruro di calcio nelle pleuriti.

Krummenacher (*Annales de Médicine*, marzo 1923) riporta diverse osservazioni di pleuriti trattate col metodo di Blum (regime de- od ipoclorurato e somministrazione di cloruro di calcio); i casi osservati concernevano versamenti pleurici di origine diversa specialmente tu-

bercolare. In tutti (salvo in malati con pleurite ed ascite cancerose) si sono ottenuti effetti favorevoli, sicchè tale metodo risulta assai superiore a tutte le terapie messe in opera fino ad ora; frequentemente si possono con esso evitare le toracentesi, la durata della malattia ne viene notevolmente abbreviata. La durata del trattamento, l'intensità delle dosi variano secondo i malati; i migliori effetti si osservano quando l'affezione è recente, mentre la presenza di aderenze è piuttosto un ostacolo ed esige la somministrazione di dosi forti ed una cura prolungata. L'esistenza di una tubercolosi aperta non è una controindicazione.

La via d'introduzione preferibile è quella boccale, sebbene in qualche caso quella endovenosa permetta di ottenere effetti rapidi e durevoli. Si prescrive la soluzione concentrata di 30 grammi di sale secco in 100 di acqua, facendone prendere uno o due cucchiai in un poco di caffè e latte e facendo bere poi del caffè-latte. Non si deve prolungare la somministrazione oltre i 5-6 giorni, anche se l'effetto terapeutico non è stato sufficiente, poichè una somministrazione prolungata può dare disturbi quali cefalea, anoressia, instabilità termica; è preferibile sospendere il trattamento per qualche giorno e riprenderlo in seguito. Non si osservano altri inconvenienti. *fil.*

Le iniezioni endorachidee di caffeina.

Sono state introdotte da R. Bloch e Hertz contro gli accidenti bulbari della rachianestesia; la gravità di questi ha indotto altri a tentare tale rimedio e si sono così ottenute delle vere risurrezioni negli individui con choc e nelle infezioni. La caffeina può essere usata a titolo preventivo associandola alla rachianestesia; essa manifesta però un'eccitazione generale intensa, tanto che può anche turbare l'anestesia, sicchè è necessario somministrarla a dosi convenienti. Gli AA. citati usano fiale contenenti: scurocaina cg. 15; caffeina cg. 12; benzoato di sodio cg. 15; inietttare almeno cmc. 2.5 dei 3 che contiene la fiala. La caffeina però esplica la sua azione benefica specialmente come rimedio degli accidenti bulbari e di ciò i detti AA. (*Presse médicale*, 7 febbraio 1923) portano nuove prove con sei successi, un insuccesso ed un successo parziale; i malati che non avevano risentito alcun giovamento con la respirazione artificiale, con le trazioni ritmiche della lingua, con le iniezioni sottocutanee di caffeina, adrenalina, etere, si riebbero dopo una o due iniezioni endorachidee di 25 cg. di caffeina.

fil.

Sull'azione dell'emetina contro i protozoi.

Iriye (*The Japan Med. World*, 1922, n. 10) ha provato sperimentalmente che il cloridrato di emetina in soluzione alcalina ha il più energico potere protozoicida contro l'ameba ed il paramecio; tale potere è invece più debole in soluzione neutra, e più ancora in soluzione acida. In soluzione alcalina l'azione protozoicida si esplica pienamente fino a una diluizione del 0.0005 %.

È risultato inoltre che fra il cloridrato di chinina, il cloridrato di emetina e il cloridrato di cefalina il potere protozoicida più intenso spetta all'emetina; vengono successivamente in ordine decrescente la cefalina e il chinino.

D'altra parte l'ameba ed il paramecio acquistano una maggior resistenza all'azione dell'emetina qualora siano coltivati a lungo in una soluzione acida di cloridrato di emetina convenientemente diluita. In questo caso inoltre l'ameba cambierebbe di forma, assumendo gradatamente una forma raggiata.

Il tartaro emetico, l'acido arsenioso ed il sublimato corrosivo accelerano l'azione protozoicida dell'emetina contro l'ameba ed il paramecio. Tale azione è più forte nell'acido arsenioso; seguono nell'ordine il sublimato corrosivo ed il tartaro emetico.

CARD.

Cura della dissenteria tifosa col batteriofago.

Hauduroy e Arsimoles (*Le Progrés médical*, 1923, pag. 61) riportano il caso di un uomo di 28 anni in cui la malattia si era iniziata improvvisamente con vomiti e diarrea; circa 12 scariche al giorno composte esclusivamente di muco e sangue; temperatura 39°, cefalea, lingua secca, addome doloroso alla pressione, forti dolori dopo la defecazione. L'esame delle feci dimostrò la presenza del bacillo del tifo in coltura pura, la siero-agglutinazione era positiva a 1/100. Vennero iniettati 2 cmc. di batteriofago antitifico ed antidissenterico; la iniezione fu seguita dopo un'ora da prostrazione e sudori che durarono mezz'ora; il numero delle scariche decrebbe, dapprima a sette, poi a quattro, i dolori addominali diminuirono. Dopo un'altra iniezione di tre cmc. di batteriofago antitifico, la lingua ritornò umida, le scariche si ridussero a due, il sangue ne scomparve; due giorni dopo, la guarigione clinica poteva dirsi completa, il bacillo era scomparso dalle feci, la sieroreazione era positiva a 1/300. Il bacillo ricomparve nelle feci una quindicina di giorni dopo, sicchè il malato fu considerato per qualche tempo come portatore.

fil.

L'applicazione delle coppette.

Si ammette che le coppette esercitino una azione derivatrice, sia pure modesta, ma che può momentaneamente diminuire la pletora sanguigna, al pari di un salasso; è anche possibile che l'eccitazione cutanea prodotta dalla loro applicazione si accompagni ad effetti revulsivi, i quali decongestionano gli organi sottogiacenti. Droin (*Revue médicale de la Suisse Romande*, aprile 1923) ha studiato gli effetti delle coppette sulla pressione arteriosa e sul numero dei leucociti ed ha veduto prodursi entro breve tempo dall'applicazione, un abbassamento netto di entrambi; vi sono quindi delle variazioni analoghe a quelle che si osservano nello choc emoclasico. È quindi logico ammettere che esse possano sostituire fino ad un certo punto l'autoemoterapia; la loro indicazione non sarebbe dunque da limitarsi alle forme polmonari congestive, ma si potrebbe estendere a molte malattie infettive che si trascinano a lungo, quando sembra utile una scossa umorale reattivante, nonchè in molti casi in cui sembra desiderabile una desensibilizzazione dell'organismo, come nei pruriti, nell'orticaria, eczema, emicrania, emoglobinuria parossistica, epilessia, ecc.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Cognizioni odierne sulla fisiologia e patologia della milza.

P. Lefrehne (*D. Med. Wochenschr.*, n. 48, 1922), rileva che due sono le funzioni principali della milza: quella di linfoglandola regionale del sangue e quella di organo endocrino.

1) Funzione di glandola regionale del sangue. La milza è il luogo di formazione e il luogo di distruzione di elementi del sangue. Formati nella milza vengono principalmente i linfociti, che dai follicoli splenici vengono ceduti al sangue circolante; in condizioni patologiche (malattie infettive, anemia perniciosa, leucemia mieloide) vengono formati anche elementi mieloidi ed elementi della serie rossa. La milza è poi probabilmente il principale luogo di formazione del complemento. Gli eritrocìti, e in grado minore le piastrine vengono distrutti nella milza. Gli eritrociti distrutti o danneggiati dalla milza servono poi al fegato per la fabbricazione della bilirubina. Nell'ittero emolitico e nell'anemia perniciosa ha luogo nella milza un'eccessiva distruzione di eritrociti: la prima malattia guarisce in seguito alla splenectomia, non così la seconda, perchè in essa le cellule stellate e le glandole emolinfatiche acquistano una funzione emolitica vicariante ed è probabilmente alterato il midollo osseo, luogo di formazione degli eritrociti. Importante funzione della milza è il trattenere gli elementi estranei circolanti nel sangue: eritrociti alterati od eterogenei, parassiti, batteri.

2) Funzione endocrina.

Rapporti ormonici intercedono tra la milza e il midollo osseo. Ormoni splenici, a seconda dell'entità della formazione o distruzione di elementi ematici nella milza, inibiscono od esaltano la funzione eritroblastica del midollo osseo. Parte notevole spetta alla milza nel ricambio del ferro, della colesterina, dei proteidi. Fermenti formati nella milza rendono possibile la formazione della sostanza amiloide e molti processi autolitici; nella milza vengono formati pure degli anticorpi che inibiscono lo sviluppo dei tumori.

POLLITZER.

IGIENE.

La distruzione delle mosche.

Il Ministero per l'igiene in Francia ha diretto ai Prefetti una circolare in data 18 aprile 1922, riportata dalla *Revue d'Hygiène* (fascic. VIII), per dimostrare l'importanza delle mosche nella diffusione delle malattie contagiose e raccomandare la distruzione di esse.

Essenziale è la distruzione delle uova e delle larve. Perciò dovrà essere prescritto che le fosse per il letame siano a fondo e a pareti impermeabili: in quelle minori il letame dovrà essere asportato tre volte nella settimana, se d'estate, e deposto lungi dalle abitazioni. D'estate si dovrà spargere in queste fosse, una volta al mese, 50 cmc. di petrolio o di olio verde di schisto per metro quadrato. Va da sè che le stalle, ovili, porcili, pollai, ecc., devono essere tenuti con la più grande pulizia, e saranno trattati ogni settimana con soluzione di cresolo.

In quanto alla distruzione delle mosche adulte entro gli ambienti in cui sono entrate, può ottenersi in più modi:

a) In un vaso metallico posto sopra un fornello si metta del cresolo in ragione di 5 grammi per metro cubo d'aria. Il vaso deve essere a bordi alti per evitare che il fuoco incendi i vapori di cresolo. Si chiudono ermeticamente le imposte e le finestre incollando della carta sulle fessure e si lasciano agire i vapori prodotti, per sei ore.

I medesimi risultati si possono ottenere facendo bruciare con le stesse precauzioni 50 g. di solfo per metro cubo di aria.

b) Carte moschicide. Un modo facile per

prepararle e poco costoso è il seguente: si facciano macerare per dieci ore 250 gr. di truccioli di quassia amara in 1 litro di acqua; si aggiungano 25 gr. di melassa, e si faccia evaporare il liquido fino a ridurlo a un quarto del volume primitivo, quindi se ne versi una piccola quantità in un piatto sul cui fondo è stato steso un foglio di carta da filtro.

c) Si ottengono buoni risultati tenendo esposti dei piatti con la seguente miscela: acqua cmc. 50, latte cmc. 25, zucchero gr. 10, formolo cmc. 15.

d) Una formula di vischio, per carta piglia-mosche, è la seguente: olio di ricino 5 parti, resina (pece greca) 8 parti. Si riscaldi fino alla ebollizione, con molta attenzione.

Si raccomanda anche di tenere delle striscie di stoffa bianca rivestite del suddetto vischio, parallelamente al soffitto.

e) La polvere di piretro fresca potrà essere sparsa sulle pareti, soffitti, mobili, ecc., mediante semplici soffietti. Essa si può agevolmente utilizzare bruciando negli ambienti su una lastra metallica 5 gr. di polvere per metro cubo. Le mosche rimangono stordite e allora verranno raccolte e bruciate.

Per evitare che le mosche penetrino nelle abitazioni sono utili i vetri colorati in azzurro alle finestre o il tendere delle reticelle o dei *rideaux* di cordicelle nel vano delle porte e delle finestre.

Si dovranno infine proteggere gli alimenti dal contatto delle mosche, tanto nell'interno delle case, come nelle strade e nei mercati.

(Dagli *Annali d'Igiene*, gennaio 1923).

M. C.

VARIA.

L'arte sanitaria secondo un antico medico.

La *Lettura Medica* del 15 aprile e la *Cultura medica Moderna* del 31 maggio, riportano dalla «Revue de Médicine de la Suisse romande», la *Preghiera mattutina del medico secondo Mamionide*.

Di questo Carneade, dice il dott. Sol, si sa più di quello manzoniano. Moisè Mamionide fu medico, teologo e filosofo ebreo, nato a Cordova nel 1135 e morto nel 1204. La sua «preghiera mattutina del medico» sembra compilata ieri, eppure sono scorsi oltre 700 anni da quando lo è stata. Eccola:

«Dio mio, empi il mio animo d'amore per l'arte e per le tue creature. Non permettere che la sete di guadagno e la ricerca di gloria mi influenzino nell'esercizio della mia arte, perchè queste nemiche della verità e dell'amore del prossimo potrebbero facilmente vincermi ed allontanarmi dal nobile dovere di fare del bene ai tuoi figli.

«Sostieni la forza del cuor mio, perchè esso sia sempre pronto a servire il povero ed il ricco, l'amico ed il nemico, il buono ed il malvagio.

«Fa che io non veda altri che l'uomo in colui che soffre. Che il mio intelletto rimanga chiaro presso al letto dell'ammalato, che non sia distratto da alcun pensiero estraneo affinchè abbia presente tutto ciò che l'esperienza e la scienza gli hanno insegnato, perchè grandi e sublimi sono le ricerche scientifiche, che hanno lo scopo di conservare la salute e la vita delle tue creature.

«Fa che i miei ammalati abbiano fiducia in me e nella mia arte, che seguano i miei consigli e le mie prescrizioni.

«Allontana dal loro letto i ciarlatani, la folla dei parenti dai mille consigli, e i guardiani che sanno sempre tutto, perchè costoro costituiscono una razza pericolosa, che, per vanità, fa fallire i migliori intendimenti dell'arte e conduce spesso a morte le tue creature.

«Se gli ignoranti mi bestemmiano e mi attaccano, fa che l'amore della mia arte, come una corazza, mi renda invulnerabile, perchè io possa perseverare nel vero, senza riguardo al prestigio, alla fama, e all'età dei miei nemici.

«Prestami, o mio Dio, l'indulgenza e la pazienza accanto agli ammalati testardi e grossolani.

«Fa che io sia moderato in tutto, ma insaziabile nel mio amore per la scienza.

«Allontana da me l'idea che io sappia tutto e che io possa tutto. Dammi la forza, la volontà e l'occasione di allargare sempre più le mie conoscenze. Oggi io posso scoprire nella mia scienza degli errori, che ieri non sospettavo, perchè l'arte è grande, ma lo spirito umano, anch'esso, penetra sempre più oltre».

Più di 700 anni or sono il medico aveva bisogno di preservarsi dalle stesse debolezze che oggi lo affliggono, dalle stesse invidie ed insidie collegiali che oggi lo attorniano, e di desiderare che tra lui e gli ammalati non si trovassero gli invadenti consiglieri profani che tuttora vi si trovano! È il tempo che non cammina, o è l'uomo che non muta?

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DURANTE LUIGI. *Sul così detto «Botriomicòma di Poncet e Dor»*. — Torino, S. Lattes & C., 1922.

FRANCIONI CARLO. *Sul significato di alcune manifestazioni morbose periodiche dell'età infantile*. — Milano, Carlo Sironi, 1922.

FULCHIERO ANTONIO. *Sulla genesi dei toni udibili sui vasi crurali*. — Torino, Stab. Tip. S. A. E., 1923.

GAVELLO GIUSEPPE. *L'opera dei medici oto-rino-laringoiatri durante la guerra*. — Sestri Ponente, Stab. Italiani Arti Grafiche, 1919.

ID. *Voluminoso corpo estraneo (protesi dentaria) rimasto per settanta giorni nella porzione inferiore dell'esofago ed estratto per via naturale col metodo esofagoscopico*. — Torino, Unione Tip Ed. Tor., 1920.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

XXXIX. — Il divieto dell'esercizio cumulativo della farmacia e di altre professioni sanitarie.

L'art. 54, primo comma, del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 vieta l'esercizio cumulativo della farmacia e di qualsiasi altra professione sanitaria.

Questo divieto ha precedenti storici lontani: nel medioevo fu sancito da quasi tutti gli statuti delle corporazioni delle arti. Il legislatore vuole evitare la possibilità stessa di sospetti e di dubbi intorno alla esplicazione della attività di assistenza sanitaria.

Ma non è mio intendimento di esaminare il fondamento giuridico del divieto; voglio, invece, accennare ad alcuni dubbi di interpretazione, per situazioni che possono avere importanza pratica.

a) Viola il divieto dell'esercizio cumulativo il sanitario, non farmacista, che sia anche titolare del diritto patrimoniale inerente ad una farmacia?

Per le disposizioni vigenti prima della legge sanitaria 22 dicembre 1888, e più ancora oggi sotto l'impero della legge 22 maggio 1913, in forza delle norme transitorie, e finchè dura il periodo del riconoscimento delle antiche farmacie e della loro libera commerciabilità, può accadere che la proprietà di un esercizio farmaceutico spetti a chi non è farmacista.

È una situazione che, a dir vero, non dovrebbe più essere tollerata perchè, se si ammette che l'esercizio della farmacia è una professione sanitaria e non un commercio, ne dovrebbe derivare la conseguenza che solo chi è laureato possa essere titolare della concessione dell'esercizio farmaceutico.

La legge 22 maggio 1913 avrebbe dovuto ammettere la commerciabilità delle farmacie di antico diritto, solo in riguardo ai farmacisti.

Però, allo stato attuale della legislazione, si può essere proprietari di farmacie senza essere farmacisti. Vero che, in questi casi, occorre preporre all'esercizio un farmacista, ma titolare della farmacia e interessato è il proprietario, il quale in realtà la esercita a mezzo di un terzo. Si deve ritenere, quindi, che anche in questo caso sia efficace il divieto del cumulo, in rapporto al medico titolare della farmacia.

La finalità della legge è in tal senso, perchè, se il divieto è diretto ad eliminare il sospetto inerente all'esercizio cumulativo delle due attività, la stessa ipotesi si verifica qualora il medico, sia o non diplomato in farmacia, abbia una propria azienda farmaceutica.

Identica è la situazione se il medico esercente sia anche direttore della farmacia o collaboratore diplomato del farmacista; sebbene egli non sia proprietario della farmacia, tuttavia esercita la professione di farmacista, e per tanto non può esercitare anche un'altra professione sanitaria.

b) Il divieto esiste per il sanitario che, essendo anche diplomato in farmacia, dirige una officina di prodotti chimici usati in medicina o di preparati galenici? Sono persuaso che a questo quesito debba rispondersi negativamente perchè, in sostanza, chi ha o dirige uno stabilimento di produzione non esercita la professione di *farmacista*. La farmacia si distingue nettamente dall'officina dei prodotti farmaceutici perchè in questa non si possono vendere al pubblico medicinali a dose e in forma di medicamento. Ora, l'articolo 54 vieta il cumulo con la farmacia non con le officine suddette; nè, d'altra parte, dirigendo una officina di produzione si esercita la professione di farmacista, perchè, sebbene si pongano in valore le cognizioni e le abilità della professione, non si creano però rapporti nei modi ed ai fini prestabiliti per l'esercizio della farmacia.

c) Il titolare del diritto patrimoniale inerente ad una farmacia può esercitare altra professione sanitaria in un comune diverso?

La lettera della legge non fa distinzioni, nè pone limitazioni al divieto; tuttavia una interpretazione così estensiva del divieto sarebbe illogica e contraria alla *ratio legis*. Il divieto si giustifica pel timore di abusi, ma quando questo timore non può, in modo assoluto, sussistere, è logico che venga meno anche il rigore della legge.

La disposizione limitatrice della libertà professionale non sarebbe giustificata, altrimenti, da una ragione logica e necessaria.

d) Perchè sussista l'esercizio abusivo non è necessario che vi sia una serie di atti ripetuti al medesimo scopo; ma basta un solo atto, purchè esplicito ed univoco. Non è nemmeno essenziale che l'esercizio della professione avvenga a scopo di lucro.

In sostanza, si applicano anche in questo caso i medesimi principi che valgono per l'eser-

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

cizio della professione sanitaria senza abilitazione e sono efficaci i medesimi temperamenti che il buon senso pratico suggerisce per i casi di necessità, di urgenza, ecc.

XL. — Vendita di latte annacquato o adulterato.

a) L'art. 322 Codice penale prevede il fatto di colui che pone in vendita come «genuine» sostanze alimentari non genuine ma non pericolose alla salute; sicchè in esso rientra la ipotesi di colui che ponga in vendita latte non esclusivamente di vacca, come annunzia al pubblico, bensì mischiato con latte di capra, le due sostanze essendo costituite da elementi nutritivi diversi. Così ha deciso la Corte di Cassazione penale con sentenza 12 giugno 1922, ric. D'Angelo. Quindi la vendita di latte adulterato, ma non pericoloso alla salute, è punita con la reclusione sino ad un mese e con la multa da L. 50 a L. 500.

b) Il lattivendolo che pone in vendita latte *annacquato* viola gli art. 322 e 325 Codice penale perchè, malgrado la vigilanza cui è soggetto, egli abusa della sua professione; infatti, l'aggravante preveduta nell'art. 325 si riferisce all'abuso di una professione od arte soggetta a vigilanza per ragioni di sanità pubblica e in questa ampia locuzione deve intendersi compresa qualsiasi esplicazione di attività soggetta a vigilanza sanitaria e perciò anche l'esercizio di un commercio o di una industria qualsiasi. Così ha deciso la Corte di Cassazione penale con sentenza 26 giugno 1922, ric. Campora.

Quindi il lattivendolo che vende latte annacquato commette reato punibile con la *reclusione* da uno a sei mesi e con la multa da L. 200 a L. 1000.

Con altra sentenza, in data 17 maggio 1922, ric. Taddei, la Corte di Cassazione ha dichiarato che è responsabile a norma degli art. 322 e 325 Codice penale e quindi è punibile come il lattivendolo, anche il proprietario degli animali che pone in vendita latte annacquato, non potendosi in tal caso ritenere che la vendita non sia un esercizio commerciale soggetto a vigilanza per ragioni di sanità pubblica nè la legge sanitaria contemplando siffatta eccezione.

Segnaliamo, specialmente agli ufficiali sanitari, queste sentenze che, sia pure discutibili per quanto riguarda l'aggravante prevista nell'art. 325, tendono a reprimere con rigore l'abuso della vendita di latte annacquato e a punire severamente i frodatori che cagionano pregiudizio alla salute, specialmente nei casi in cui il latte è destinato ad infermi.

XLI. — Esercizio abusivo di professione sanitaria.

La Corte di Cassazione, con sentenza 24 gennaio 1923, ric. Zisa, ha dichiarato che costituisce esercizio abusivo dell'arte medica, ai sensi dell'art. 53 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, il fatto della levatrice che abbia praticato su varie persone anche di sesso maschile, iniezioni ipodermiche, esorbitando queste dal campo delimitato del diploma di ostetrica e costituendo un'operazione che richiede speciali cognizioni professionali. Nè la responsabilità è eliminata dall'eventuale autorizzazione che la levatrice abbia avuto dal medico o da pretese circolari del Ministero dell'Interno, queste non valendo ad escludere la volontarietà del fatto contrario alla legge, tanto più se le iniezioni siano praticate dietro compenso.

Questa risoluzione del Supremo Collegio penale è importante anche perchè il divieto che ne risulta circa la pratica delle iniezioni ipodermiche riguarda in genere chiunque non sia abilitato all'esercizio della medicina e della chirurgia e, secondo il criterio di massima seguito dalla Cassazione, la violazione di tale divieto può costituire esercizio abusivo della medicina.

È da ritenere però che non violi la legge l'infermiere che esegua iniezioni per ordine e sotto la vigilanza del medico.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa del «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(Continuazione; vedi fasc. 17).

Ten. Med. Ildebrando Turbacci. L. 15 —
Cap. Med. Arnaldo Manfredi . » 25 —
(a mezzo Magg. Med. Pietro Rinaldi).
Dott. Marinelli Domenico (Falerone) . . . . » 10 —
Dott. Virgallita Mario (Roma) . » 20 —
Dott. Carruccio Mariano (Roma) » 100 —
Prof. Senni Guido (Costantinopoli) . . . . . » 100 —
Dott. Falcioni Domenico (Roma) » 20 —
Dott. Lastaria Franc. (Lucera). » 15 —
Dott. Virgilli Luigi (Novara) . » 20 —
Dott. Negro Antonino (Novara) . » 20 —
(Continua).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENGASI. — Il R. Governo della Cirenaica ha aperto un concorso che scade il 31 luglio per 5 medici. Coloro che intendono concorrere sono invitati a presentare la domanda su carta da 1 lira al Governo della Cirenaica, corredata dai documenti di rito e di tutti gli altri titoli valevoli ad attestare la capacità dei richiedenti. I prescelti saranno assunti secondo le norme del D. M. 13 ottobre 1921, n. 2451, che determina il trattamento giuridico ed economico dei medici coloniali.

CASELECCHIO DI RENO (*Bologna*). — Scad. 5 lug. Ab. 5732; pov. 1134. L. 8000; 4 trienni e 1 quinq. di L. 600; 2 c.-v. Età lim. 35. Punti degli esami di laurea.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 lug. Per le frazioni. L. 9000 e doppio c.-v., L. 2000 cav.

CREMONA ed Uniti. — 3 cond. rurali. Vedi fascicolo 26.

FIRENZE. *R. Spedale degli Innocenti.* — Direttore sanitario. Vedi fasc. 26.

GRASSANO (*Potenza*). — Scad. 26 lug. Stip. L. 3000 lorde per 300 poveri; L. 10 ogni povero in più, 1a indenn. caro-viveri, aumento successivo di 6 quadrienni; età non superiore a 55. Documenti di rito.

GRUARO (*Venezia*). — A tutto 15 luglio. L. 7800, c.-v. di legge; L. 400 per uff. san.; L. 1500 mezzo trasp.; alloggio ed orto gratuiti; trienni.

LENOLA (*Caserta*). — Ab. 3175. L. 6000 pei pov. Età lim. 40. Scad. ore 12 del 15 luglio.

ORVIETO (*Perugia*). — A tutto 30 lug. una delle due cond.; L. 6000 e doppio c.-v., L. 1000 resid. pov., L. 2000 serv. ospedaliero a turno. Età lim. 35. Serv. entro 20 giorni.

PESCOSOLIDO (*Caserta*). — 2a cond.; ab. 2326; lire 6000 e L. 1800 indenn. vettura o cavalcat. qualora effettivamente mantenuta, 1° c.-v., *chalet* per abitazione restando a carico la spesa di manutenz. Chied. annunzio. Scad. un mese dal 16 giu.

REITANO (*Messina*). — Stip. L. 7000 lorde, condotta soli poveri; quattro aumenti quinq. di un decimo; L. 5 ogni povero in più di 500; uff. san. L. 1000; obbligo Armadio farmac. Scad. 25 luglio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

Medico-chirurgo, lunga pratica condotta, sarebbe disposto supplire qualche collega nel prossimo mese di luglio. Indirizzare le offerte a: Rostaing dott. Cesare, via Pierleone 13, Spoleto.

Medico-chirurgo, pratico condotta, ospedale, titoli perfezionamento, dodici anni laurea, assumerebbe interinato. Indirizzare: Farmacia Pietrocola, via Cavour, 332 - Roma.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Corciano (Perugia).

CONCORSI A PREMIO.

Concorso fra laureati nell'Università di Palermo.

Fra i laureati di medicina e chirurgia negli anni scolastici 1920-21 e 1921-22, che abbiano seguiti i loro studi nella R. Università di Palermo e che abbiano riportato negli esami speciali una media non inferiore a sette decimi e negli esami di laurea non meno di nove decimi, sono aperti, un concorso per un lavoro di Chirurgia con premio di lire mille e un concorso per un lavoro di Medicina con premio di ilre cinquecento.

Gli argomenti delle tesi di concorso sono: per la Medicina «Glicosuria diabetica in rapporto al pancreas ed alle glandole soprarenali»; per la Chirurgia «La tubercolosi pulmonare in rapporto alla collassoterapia chirurgica con ricerche cliniche e sperimentali».

I candidati dovranno svolgere la tesi presso uno degli Istituti di Medicina e Chirurgia della R. Università di Palermo e presentare il proprio lavoro alla Segreteria della stessa Università non più tardi del 30 dicembre 1923.

Medici che sappiano scrivere in forma brillante e semplice e che desiderino collaborare ad una rivista di educazione e propaganda igienica sono pregati di scrivere al seguente indirizzo: dott. Tomarchini, casella 174 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Raffaello Nasini di chimica generale a Pisa, è nominato membro onorario della Società Chimica di Francia. L'Università di Cambridge ha decretato in suo onore la laurea in Scienze *honoris causa.*

I dottori Francesco Amenta e Franco Corona sono stati nominati, in espletamento a concorso, medici scolastici del comune di Palermo.

Il prof. Antonino Bentivegna è nomináto, in esito a concorso, Ispettore ostetrico municipale di Palermo.

La Commissione per il concorso ai posti di medico condotto a Palermo, presieduta dal prof. Tricomi, ha stabilito fra i 91 concorrenti una graduatoria, segnalando 30 meritevoli non solo pei 16 posti messi a concorso ma anche per quelli resi vacanti o che tali si renderanno durante l'anno. Nella graduatoria ha tenuto conto innanzi tutto della legge sulla assunzione obbligatoria dei mutilati, includendone cinque.

La classifica dei cinque medici mutilati è la seguente: G. Maniscalco; M. Pavone; A. Genova; V. Meli; A. Salerno; quella dei non mutilati è la seguente: F. Cusmano; A. Salerno; V. Fici; G. Azzarello; L. La Ferla; G. Varvaro; F. Chibaro; L. Genova; C. Mauro Traina; E. A. D'Angelo; F. Marcianò; I. Di Bartolo; A. Foti; M. Miraglia; C. Romano; G. Villari; A. Camarrone; C. Nicastro; F. Speciale; G. Puleo; S. La Mendola; A. Frosina; N. Gebbia; R. Impastato; S. Stassi.

Il prof. Mario Barbara di Palermo è nominato commendatore della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso internazionale di Urologia.

È indetto a Roma dal 23 al 27 aprile 1924. Ne riportiamo il programma provvisorio:

Mercoledì 23 aprile, pomeriggio: Seduta della Società Italiana di Urologia in onore dei colleghi stranieri. Giovedì 24 aprile, ore 10 1/2: Inaugurazione. Pomeriggio: Relazione sul tema: *L'innervazione renale,* relatori: Ambard (Strasburgo), Stopford e Mac Alpine (Manchester), Zoia (Pavia); discussione. Venerdì 25 aprile, ore 9: visita agli Ospedali, Sedute operatorie. Pomeriggio: Riunione del Comitato internazionale; relazioni sul tema: *Vaccinoterapia nelle affezioni urinarie,* relatori: Rovsing e Owe Wulf (Copenaghen), Dungeon (Londra), Noguès (Parigi), Pirondini (Roma); discussione. Sabato 26 aprile, ore 9: Relazioni sul tema: *Risultati lontani delle operazioni per la litiasi renale,* relatori: Brongersma (Amsterdam), Cifuentes (Madrid), Tardo (Palermo); discussione. Pomeriggio, ore 14: Seduta amministrativa; ore 15, relazione sul tema: *I progressi più recenti nell'urologia* (il tema è stato proposto dalle Delegazioni Americana ed Inglese), relatori non ancora designati discussione. Domenica 27 aprile: escursione.

Saranno successivamente precisati i vari ricevimenti in onore dei congressisti, e la sede delle riunioni.

Per informazioni dirigersi al segretario generale prof. A. L. Bonanome, via dei Gracchi, 124 - Roma.

Riunione del Consiglio di amministrazione dell'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il giorno 11 maggio ad ore 17 si è riunito nella sede dell'Istituto in Roma — via Condotti, 33 — il Consiglio di Amministrazione presieduto dal senatore prof. G. Sanarelli, essendo presenti il vicepresidente comm. Bargoni, il sen. Marchiafava, il prof. Baduel, in rappresentanza della C. R. I., donna E. Chiaraviglio Giolitti ed i rappresentanti delegati della Confederazione Generale dell'Industria, della Confederazione Generale dell'Agricoltura, della Confederazione Italiana dei Lavoratori e della Confederazione Generale del Lavoro.

Il presidente sen. Sanarelli, dopo aver comunicato che tutti gli Atti — bilancio preventivo e consuntivo dell'Istituto — sono stati completamente approvati dall'autorità tutoria, ha dato la parola al direttore prof. Ettore Levi.

Il prof. Levi ha riferito sulla situazione tecnica, morale ed economica dell'Istituto, dimostrandone, con dati di fatto, il continuo miglioramento malgrado le attuali difficili condizioni economiche del paese. Perciò la Direzione ha impresso all'Istituto un regime di massima economia; in armonia alle nuove disposizioni legislative che regolano l'organizzazione delle Opere Pie.

Il direttore ha riferito inoltre sul successo morale e pratico delle pubblicazioni di stimolo e di

propaganda curate dall'Istituto, sul sempre crescente incremento della documentazione, sui voti di plauso e di incoraggiamento espressi in recenti Congressi, sul notevole continuo afflusso di studiosi che si rivolgono all'Istituto per ragioni di consultazione e di studio, e sulle sempre più vaste relazioni internazionali che l'Istituto è riuscito a stabilire con le più importanti organizzazioni assistenziali di ogni parte del mondo.

Il direttore ha infine sottoposto al Consiglio di Amministrazione il programma d'azione futura, ed il presidente sen. Sanarelli ha espresso con calde ed efficaci parole la sua approvazione all'attività passata dell'Ente ed al programma futuro. A lui si sono associati all'unanimità tutti i componenti il Consiglio di Amministrazione, bene augurando all'avvenire dell'Opera.

Fu pure approvato ad unanimi voti il regolamento provvisorio ed il relativo organico del personale, ridotto al minimum possibile, compatibilmente alla crescente attività dell'Ente.

Per i medici friulani caduti in guerra.

Con austera cerimonia, fu inaugurata a Udine una lapide ai medici friulani caduti in guerra, murata sulla fronte dell'ospedale civile. La targa, in pietra dura, porta incastonato un bassorilievo quadrangolare di bronzo, in cui è modellata la parte superiore di una figura muliebre le cui mani si raccolgono a proteggere una simbolica fiamma che si sprigiona in corrispondenza del cuore, e che vuol essere la fiamma dell'amore verso la Patria, per il fratello sofferente. Sullo sfondo si intrecciano rami di spine: espressione del sacrificio sostenuto.

La scritta sottoposta è la seguente: «Morirono per la Patria e per l'Umanità 1915-1918». Vi sono poi scolpiti i nomi dei medici caduti, in numero di undici, e quindi la dedica: «Ai colleghi, i medici friulani 1923».

Alla cerimonia intervennero le più cospicue personalità cittadine. Pronunciarono discorsi il cav. uff. dott. Antonio Cavarzerani, presidente dell'Ordine dei medici, l'assessore cav. dott. Riccardo Borghese, per il Comune, il medico provinciale comm. prof. Pennato e l'avv. Miri.

Onoranze al prof. Perroncito.

Il Comitato esecutivo, su proposta del dott. Colamida, ha stabilito di delegare ad apposita Commissione, scelta dal presidente prof. Faelli, le modalità della cerimonia, deliberando ch'essa abbia luogo verso la fine dell'anno e, in ogni modo, non oltre il 31 dicembre.

Conferenza sulle vitamine.

La questione delle vitamine che agita così vivamente la coscienza medica moderna fu dottamente discussa dal senatore Maragliano in una elaborata conferenza tenuta il 3 giugno nella sede dell'Istituto Biochimico Italiano.

Conferenze sulla tubercolosi.

Il prof. Feliziani ha tenuto all'Università popolare fascista di Costantinopoli due conferenze sulla tubercolosi quale problema sociale e umano, illustrate e documentate da magnifiche proiezioni.

L'oratore rievocò la concezione contagionista di Morgagni. Mise in rilievo l'importanza dei progressi igienici generali sulla difesa contro la «peste bianca» e preconizzò l'istituzione del «regime secco». Dimostrò i benefici recati dalle colonie marittime e montane fondate colà dal dott. Fonzi Cruciani e fece una discreta allusione all'attività benefica dell'ambulatorio da lui installato, col concorso del dott. Richard, nell'Ospedale Italiano. Rese omaggio alla Grande Assemblea Nazionale della Turchia che ha riconosciuto l'importanza nazionale del problema, per cui sono state fornite al dott. Rechad Riza bey le risorse necessarie per la istituzione di un grande sanatorio all'isola di Halki.

L'oratore fu calorosamente applaudito dal denso ed eletto uditorio.

All'Accademia di Medicina di Parigi.

Nella seduta del 22 maggio l'Accademia ha reso omaggio alla memoria della marchesa Arconati Visconti, nata Peyrat, la quale ha impiegato la grande fortuna portatale dal nobile marito italiano, non solo a onorare le scienze storiche e le belle arti, ma anche ad istituire un premio per la radiologia presso l'Accademia, in memoria di Infroit, vittima della scienza, ed a consolidare il bilancio della biblioteca dell'Accademia stessa.

Gli stabilimenti termali di Salsomaggiore in servizio ai mutilati.

In seguito a deliberazione del Consiglio dei ministri, con decreto reale, preparato dal ministro delle Finanze, l'esercizio dei RR. Stabilimenti termali di Salsomaggiore è concesso alla Società cooperativa fra mutilati ed invalidi di guerra, con sede a Roma: l'on. avv. L. Lanfranchi, cui era affidata in linea provvisoria la gestione degli Stabilimenti, quale commissario straordinario, ha ceduto il suo incarico al provveditore generale dello Stato cav. uff. D. Bartolini, che deve provvedere alla consegna dei beni costituenti l'azienda, e di ogni altro necessario incombente, alla suddetta cooperativa.

Assicurazione contro le malattie nel Giappone.

A quanto riferisce il «Bull. Mens. de l'Off. Intern. d'Hygiène» del marzo 1923, si è promulgata nel Giappone una legge che istituisce l'assicurazione-malattie per gli operai sottoposti alla legislazione sulle fabbriche e sulle miniere: 2 milioni circa. La legge, datata il 22 aprile 1922, è entrata in vigore il 1° aprile 1923. Le prestazioni che essa garentisce sono: indennità in caso di malattia e d'infortunio; assegno per spese funerarie; assegno di maternità. I premi sono per metà a carico degli assicurati e per metà a carico degli intraprenditori; il Governo vi concorre con sussidio destinato a coprire le spese di funzionamento delle casse d'assicurazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pediatria, 1 mar. — I. NASSO. Reaz. di Brahmachari nella diagnosi di leishmaniosi infant. — E. MODIGLIANI e V. CASTANA. Terapia arseno-benzolica per la via rettale.

Presse Méd., 3 mar. — M. BRULÉ e H. GARBAN. Epatiti e colecistiti d'origine intestinale. — G. JEANNENEY e J. TARZIN. Ipotèsi in clinica chirurgica e ipertensioni mascherate e scompensate.

Biochim. e Ter. sperim., 28 feb. — Numero commemorativo di R. LUZZATTO.

Scalpel, 3 mar. — L. DAUTREBANDE. Fisiologia patologica della respir. nella tbc. polm.

Rass. di Studi sessuali, 1. — D. BABDUZZI, F. DE NAPOLI. Visita e certificato sanitario prematrimoniali.

Pens. Med., 17 feb. — A. PERRUCCI. Sifilide vescicale. — 24 feb. G. SEMENZA e A. TENCONI. Lo svuotamento gastrico studiato radiologicamente.

Amer. Med., gen. — I. BRAUN. L'appetito nel gozzo esoftalmico. — H. BECLER. I disordini riflessi causati da malattie rettali.

Folia med., 15 gen. — L. SIVORI e U. REBAUDI. Equilibrio interorganico, riparazione di processi patologici e difesa immunitaria.

Rev. Méd. Suisse Rom., gen. — E. LONG. La sclerosi a placche e la sua eziologia.

Riv. crit. Clin. Med., 5 dic. — F. BERGOLLI. I sintomi peritonitici del tifo.

Presse Méd., 27 gen. — P. PAGNIEZ e A. PLICHET. Il compito dell'ac. cloridr. nella leucocitosi digestiva. — J. DE CALVÉ. Crisi vascolo-sanguigna da legatura di un arto.

Boston M. a. S. Journ., 11 gen. — Numero sulla sperimentazione animale.

Brain, dic. — J. TAYLOR, J. G. GREENFIELD e J. P. MARTIN. Siringomielia e siringobulbia. — J. W. LANGELAAN. Il tono muscolare.

Deutsche Mediz. Wochens., 16 mar. — GOLDSCHEIDER. Sul morbo di Basedow. — H. ZONDEK. Insufficienze pluriglandolari. — E. HOFMANN. Trattamento delle foruncolosi.

Pediatria, 15 mar. — G. CARONIA. Prolusione. — R. VAGLIO. Cutis laxa. — E. MODIGLIANI e V. CASTANA. Terapia arseno-benzolica per via rettale.

Mediz. Klinik, 18 mar. — K. BÜDINGER. Varici e flebiti degli arti inferiori. — J. CASPARI. Lo stadio antianafilattico. — AUFRECHT. Acido urico e nefriti.

Münch. Mediz. Wochens., 16 mar. — A. KROGINS. Rapporti tra reumatismo articolare acuto ed endocardite. — W. STRAKOSCH. Sulla diagnosi clinica di malaria. — K. E. RANKE. Vita, stimolo, malattia, infiammazione.

British Med. Journ., 17 mar. — A. KEITH. La stazione dell'uomo. — G. EVANS. Natura dell'arteriosclerosi.

La Clin. Pediatr., feb. — E. MENSI. I mezzi di difesa nell'età infantile. — M. FLAMINI. Le stomosine nella terapia infantile.

Presse Méd., 21 mar. — J.-A. SICARD. Akatisia e tasikinesia.

Revue d'Oto-Neuro-Oculistique, feb. — G. CANNYT. Le affezioni latenti dell'etmoide e dello sfenoide e loro complicazioni oftalmologiche.

Arch. di Farmac. sperim., ecc., 1° gen. — M. ALMAGIÀ. La funzione pancretica durante l'allattamento. — P. DI MATTEI. L'azione vitaminica di sostanze termostabili.

Soc. d. Hôp., 18 mar. — A. RENAULT. Il trattamento *per os* col 606. — G. GUILLAIN e T. ALAJOUANINE. Sifilide del nevrasse a forma algica e sonnolenta.

Lancet, 24 mar. — G. EVANS. Natura dell'arteriosclerosi. — C. BODON. Iniezione intracardiale di adrenalina.

Pathologica, 15 mar. — M. MANTOVANI. Il virus del sodoku.

Scalpel, 17 mar. — M. MOLHANT. Sindrome protuberanziale tipo Foville.

Riv. di Ginecol., ecc., mar. — Q. CORDA. Suppurazione dei fibromi.

Journal A. M. A., 3 mar. — H. B. LEMERC. Osteomielite progressiva dell'osso frontale. — J. F. MC CLENDON. Gozzo da deficienza iodica. — 10 mar. - G. F. STRAUB. Le cause della lombaggine.

Wien. Klin. Wochens., 15 mar. — W. LATZKO. Azione dannosa della roentgenterapia profonda.

La Presse Thermale, ecc., 15 mar. — L. e R. LAVIELLE. L'artrite cronica dell'anca.

Prensa Méd. Argent., 30 gen. — R. ARGANARÁZ. Il nistagmo cerebellare.

Arch. Méd. Belges, feb. — G. PORTMANN e P. DUPONY. Aneurismi faringei della carotide interna.

Paris Méd., 17 mar. — Numero sulla dermatologia.

Difesa Soc., feb. — A. DI VESTEA. Che cosa insegnano le morti in istato di ubbriachezza.

British Med. Journ., 31 mar. — W. E. DIXON. Il vizio dei veleni.

Bull. Ac. de Méd., 20 mar. — ALICH. Il determinismo del sesso.

Journ. de Méd. de Paris, 24 mar. — PIERRE-ROBIN. La glossoptosi. — 31 mar. M. SPRINGER. Corpo tiroide e sviluppo.

Practitioner, apr. — R. T. WILLIAMSON. Il riconoscimento dell'emianopsia nella pratica generale. — M. A. ANDERSON. Diverticoliti del sigma.

Clinica y Labor., mar. — M. G. G. DE LA SERRANA e F. H. GARCÍA. Innesti ovarici.

Giorn. d. Med. Prat., mar. — A. M. LUZZATTO. La semeiotica della regione laterale del torace.

Liguria Med., 1° gen. — P. DELLA VALLE. Liquido modificatore per le fistole tubercolari.

Pediatria, 1° apr. — A. RONCHI. Azione curativa e preventiva degli estratti leucocitari autolisati.

Prensa Méd. Argent., 10 mar. — J. C. NAVARRO. Tipo poco conosciuto di sifilide epatica.

Deutsche Med. Wochens., 30 mar. — F. KLEMPERER e S. PESCHIC. Rapporti tra cute ed immunità. — O. STRAUSS. Radioterapia dell'ulcera gastrica. — C. GORONCY. Emorragia cerebrale traumatica tardiva. — G. REDLIN. Il destino dei bambini con pilorospasmo.

Riforma Med., 2 apr. — L. SCALAS. Presenza e valore degli ifomiceti nelle feci.

Rassegna Intern. di Clin. e Ter., mar. — A. CHISTONI. Influenza della novocaina sulla interruz. della conduz. nervosa.

Presse Méd., 28 mar. — J. MAGRON. Sull'etiologia del cancro.

Gazz. d. Osp., 1º apr. — A. MIANI. Tumori del legamento largo.

Archivi.

L'Encéphale, gen. — S. DE SANCTIS. I fanciulli distimici. — P. COURBON. Dualismo etiologico della mani'a e della melanconia. — H. e B. BIANCANI. Turbe psichiche e sifilide.

Americ. Journ. Obst. a Gynec., gen. — W. N. ROWLEY. Lo zucchero del sangue nella gravidanza e nel puerperio. — H. GRAD. Patologia dell'emorragia uterina.

Arch. Españ. de Med., Cir. y Esp., 27 gen. — E. F. SANZ. L'evoluzione della psico-analisi.

Arch. de Cardiol. y Hematol., mar. — G. PITTALUGA. Carioschisi dei granulociti neutrofili e formazione dei pleocariociti.

Folia Gynacologica, v. XVI-XVII. — In onore del prof. E. PESTALOZZA.

Arch. d. Mal. du Coeur, etc., mar. — D. DANIÉLOPOLU e A. CARNIOL. Prove dell'atropina e dell'ortostatismo.

Sperimentale, V-VI. — P. RONDONI. Variazioni del potere rotatorio del siero. Autoseroproteolisi. — G. TRON. Corpi di Amato nel sangue degli scarlattinosi. — E. FRANCESCHI. Le vene polmonari nelle stasi da vizio mitralico.

Radiologia Med., mar. — V. MARAGLIANO. Ispessimenti pleurici e interlobari calcificati.

Morgagni (Arch.), 31 mar. — C. ROMITI. Idronefrosi intermittente.

Giorn. Ital. Mal. Vener., ecc., feb. — I. CAPPELLI La dermosifilografia nella scienza e nella vita. — M. ARTOM. Dermatiti stafilogene vegetanti. — C. GUARINI. Röntgen-Curie-terapia della psoriasi.

Nederlandsch Tijdschrift Voor Geneeskunde, n. 9. — M. STIMME. Appendicite cronica. — M. LEVY. Un caso di timo persistente.

Id., n. 10. — L. CAROL. Sull'eruzione del granuloma anulare. — E. SCHOUTEN. Critica al metodo di Van der Loo per il *dépistage* dei fanciulli deboli.

Annali di Oftalmologia e Clin. Oculist., 10-12. — G. DE VINCENTIIS. Il comportamento della macchia cieca nellocchio normale e patologico. — A. CUCCO. Etiologia e patogenesi dell'idrottalmo.

Journal Nerv. a. Ment. Dis., mar. — J. BYRNE. Dissociazione sensoriale nelle ferite dei nervi periferici. — S. UYEMATSU. Patologia delle psicosi senili.

Indice alfabetico per materie.

L. POZZI, ed. resp.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali.

ANNO XXX Roma, 9 luglio 1923 Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. **Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa.** L'AMMINISTRAZIONE

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.
Direttore: Professore C. SACERDOTTI.

Un metodo semplice per l'isolamento del pneumococco.

Dott. BRUNO POLETTINI, aiuto e libero docente.

È noto come l'isolamento e la coltivazione del pneumococco offra molto spesso notevoli difficoltà, sia perchè questo microorganismo si sviluppa stentatamente sui comuni terreni di cultura, sia perchè i prodotti patologici, che lo contengono, frequentemente presentano una flora batterica varia ed assai abbondante. Per cui da molti AA. furono proposti varî artifici che valessero a rendere più agevole e l'isolamento e la coltivazione, quale l'aggiunta ai comuni substrati nutritivi di albumine non denaturate (liquido ascitico; siero di sangue; sangue intero o defibrinato ecc.), o l'uso di siero di sangue di coniglio giovane (Mosny), di sangue defibrinato (Gilbert et Fournier), o quello di speciali terreni (milieu T, agar T; Cotoni, Truche et Raphael), o l'essiccamento del materiale patologico, in considerazione della speciale resistenza che all'essiccamento offre il pneumococco in confronto di altri microorganismi (Pane).

Ma, nonostante l'applicazione di questi varii espedienti, certe volte l'isolamento non riesce, specialmente quando si deve praticare la ricerca su prodotti a flora molto abbondante e varia; ed anche il metodo di inoculare in questi casi i materiali patologici direttamente in animali sensibili (topo bianco, coniglio), come da alcuni fu proposto (Gamaleia, Neter, Honl, ecc.) talvolta fallisce lo scopo, perchè esistono stipiti di pneumococco avirulenti per questi animali.

Nel corso di alcune ricerche da me praticate per la diagnosi batteriologica del bacillo difterico coi terreni di Pergola, ho avuto occasione di constatare come questi terreni fossero particolarmente adatti per lo sviluppo del pneumococco, in quanto che questo microorganismo vi cresce rigogliosamente e precocemente in confronto ad altri germi. In seguito a queste mie prime osservazioni ho pensato di utilizzare questa proprietà del pneumococco di svilupparsi precocemente sui detti substrati nutritivi per il suo isolamento. A tale scopo ho praticato sistematiche ricerche su varii ma-

teriali patologici, adoperando terreni a composizione simile a quelli di Pergola, in cui il siero, il giallo d'uovo, il brodo semplice o glucosato e il tellurico potassico entravano in varie proporzioni. Dopo molti tentativi ho fermata la mia attenzione, come quello più corrispondente allo scopo, al terreno II° di Pergola, preparato colle modalità dal Pergola stesso suggerite, e che qui brevemente riassumo:

Siero normale di bue cc. 100.
Gialli d'uovo, N. 1.
Tellurito potassico, gr. 0,02.

Si raccolgono sterilmente i varii componenti in un matraccio; si mescola per ottenere un'emulsione omogenea; si ripartisce in tubi, in quantità di circa 5-10 cc., e si sterilizza a bagno-maria a 55° per un'ora, tre giorni consecutivi. Una parte del terreno si usa allo stato liquido, mentre un'altra parte si fa coagulare a becco di flauto sottoponendola per un'ora ad 80°.

Con questo terreno mi è stato facile, e sempre possibile, isolare il pneumococco dai prodotti che lo contenevano.

I materiali coi quali ho sperimentato furono varii; e precisamente: escreato pneumonico (sia di polmonite fibrinosa che di broncopolmonite); essudati tonsillari, faringei, laringei, ed essudati cruposi; escreati di individui sani; pezzi patologici presi dal cadavere (polmoni in epatizzazione rossa e grigia; polmoni di broncopneumonici; cangrene polmonari, ecc.); pus di varia provenienza. E di proposito mi sono preoccupato che il materiale fosse raccolto senza nessuna precauzione di asepsi.

Per la tecnica si procede nella seguente maniera: Se il materiale, sospetto di contenere il pneumococco, ad un superficiale esame batterioscopico mostra la presenza di poche forme batteriche, si semina un'ansa direttamente in un tubo del terreno liquido e un'ansa alla superficie del terreno solido; se invece la flora batterica, rilevabile all'esame microscopico, è molto abbondante, si semina un'ansata in un tubo di terreno liquido e da questo un'ansata sulla superficie del terreno solidificato. Si mettono i tubi in termostato a 37°, e, dopo 12-18 ore, si pratica l'esame.

È sempre utile praticare la semina in tutti e due i substrati (solido e liquido) perchè, qualora il pneumococco sia presente in quantità minima, nel terreno liquido si effettua un arricchimento rigoglioso e rapido, mentre il terreno solido si presta ottimamente per lo sviluppo delle colonie isolate.

Il pneumococco, quando è presente, si sviluppa precocemente e molto più rigogliosamente che non tutti gli altri germi, fatta sola eccezione per lo streptococco; sicchè dopo 12-18 ore di termostato, il maggior numero di germi sviluppati è costituito da pneumococchi. È facile quindi, mediante un successivo trapianto, isolare il pneumococco dagli altri microorganismi, i quali crescono con un certo ritardo. Perciò è sempre consigliabile di praticare l'esame dei tubi di cultura tra le 12 e le 18 ore, mai dopo le 24 ore, perchè gli altri germi, che eventualmente siano presenti, dopo le prime 24 ore si sviluppano così rigogliosamente da ostacolare seriamente l'isolamento del pneumococco. Unica eccezione è data dallo streptococco, il quale, come il pneumococco, si sviluppa rapidamente nelle prime 12-18 ore; ma vedremo in appresso come facilmente si possa differenziarlo dal diplococco.

Nel terreno solido proposto per l'isolamento le colonie pneumococciche assumono un aspetto, che, se non è caratteristico, permette di differenziarle dalle colonie di altri germi, che eventualmente siano presenti e che, come queste, appaiono precocemente (streptococco, difterite).

Infatti dopo 10-12 ore le colonie di pneumococco sono già evidenti, piuttosto piccole, leggermente rilevate, umide, lucenti, ed hanno un colorito grigio-piombo. Questi caratteri le differenziano già da quelle non diplococciche, le quali o appaiono nere, o del tutto incolori, come quelle dello streptococco. A 12-18-24 ore le colonie di pneumococco aumentano di poco le loro primitive dimensioni ed assumono un colorito leggermente più scuro, ma non diventano mai completamente nere. Le colonie dello streptococco invece o permangono incolori, o, seppure talvolta assumono un colorito grigio-piombo, sono sempre più voluminose di quelle diplococciche.

Il diplococco pneumonico sviluppatosi su questo terreno, si identifica facilmente perchè presenta evidenti e tipiche le sue caratteristiche morfologiche, cioè la disposizione a diplo, la forma lanceolata, più o meno evidente a seconda degli stipiti, e la presenza di una capsula. Quest'ultimo carattere è sempre costante, tanto nel substrato solido che in quello liquido, e può servire, prescindendo dagli altri caratteri (forma dimensione e colorito delle colonie) a differenziare il pneumococco dallo streptococco.

Tutte le indagini da me praticate sia coi varii materiali patologici sia con miscele batteriche artificialmente allestite e contenenti un numero scarsissimo di diplococchi, m'hanno sempre permesso di isolare con facilità in 24-48 ore il pneumococco, per il precoce e rigo-

glioso sviluppo che questo microorganismo assume nel terreno in questione.

Questo substrato nutritivo poi non modifica per nulla la virulenza del germe e ne conserva al lungo la vitalità. Secondo la mia esperienza a tutt'oggi, culture sia in terreno solido che in quello liquido, chiuse alla lampada e tenute alla temperatura ambiente, si sono conservate vive e virulente sino oltre a tre mesi.

Pisa, maggio 1923.

BIBLIOGRAFIA.

COTONI, TRUCHE et RAPHAEL. *Pneumocoques et affection pneumococciques*. Ed. Masson, Paris, 1922.
GAMALEIA. Cit. da MACÉ in *Traité pratique de Bacteriologie*, 1904.
GILBERT et FOURNIER. C. R. de la Soc. de Biologie, 1896.
HONL. Centralbl. f. Bakter. u. Infekt., Or. Bd. XXIII, 1898.
MOSNY. C. R. de la Soc. de Biologie, 1895.
NETTER. Cit. da MACÉ in *Traité pratique de Bacteriologie*, 1904.
PANE. La riforma Medica, 1921.
PERGOLA. Il Policlinico, Sezione pratica, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA
DELL'OSPEDALE CIVILE DI UDINE
diretta dal dott. prof. U. DALL'ACQUA.

Sopra un caso di mega-sigma.

Dott. VITTORIO VIDAL, assistente.

Il caso che riferisco, operato con esito favorevole in questo reparto, presenta un particolare interesse non tanto per la sua non frequente evenienza, quanto dal punto di vista della tecnica operatoria.

Trattasi di un giovane di 27 anni, Magri Luigi, proveniente dall'America del Sud (Brasile) entrato il 27 maggio 1921.

Il padre è morto per malattia di cuore, la madre è vivente e sana. Ebbe otto fratelli di cui due morti per malattie che il paziente non sa precisare, gli altri sono vivi e sani. Nessuno della sua famiglia soffrì della malattia per la quale egli ricorre in questo ospedale. È ammogliato, con due figli viventi e sani. Meccanico di professione, visse sempre nel Brasile. Buon mangiatore, fumatore moderato, non dedito all'alcool.

Dall'anamnesi remota non risulta altro di notevole se non che il paziente all'età di 22 anni fu colpito da malattia febbrile diagnosticata da alcuni per tifoide, da altri per malaria. L'attuale morbo iniziò dopo guarito dalla malattia della quale sopra si è detto, ossia data circa da cinque anni. Mentre prima di tale epoca, anche nell'infanzia, il paziente ebbe sempre alvo regolare, incominciò allora a venire colto frequentemente, sia di giorno che di notte, da violenti dolori a tutto l'ambito addominale, senza alcuna localizzazione predominante, e contemporaneamente da forte tenesmo anale e diarrea. Questo stato di cose durò circa un mese, dopochè il paziente si sentì sollevato, non residuandogli che un discreto grado di stipsi. Però dopo due o tre mesi venne nuovamente colto da dolori che continuarono per due o tre giorni ed ebbero termine con un'abbondante scarica diarroica. Dopo un nuovo periodo di alcuni mesi di benessere ricomparvero nuovamente i soliti dolori colici accompagnati da diarrea. Nell'ultimo anno e mezzo il quadro morboso era di solito il seguente: stipsi per 10-15 giorni, talora per un periodo più lungo (due volte l'alvo perdurò completamente chiuso per 36 giorni), poi improvvisamente forti dolori a tutto il ventre e diarrea, talora con conati di vomito; tutto ciò per due o tre giorni.

Queste diarree sopraggiungevano anche senza l'uso di purganti. Il paziente asseriva che i dolori colici erano andati progressivamente crescendo d'intensità e di frequenza tanto da essere in fine divenuti insopportabili, e che negli ultimi tempi si accompagnavano a crampi dolorosi ai polpacci, scialorrea, emorragie gengivali, conati di vomito e spesso vomito di liquido amaro, trasparente.

L'appetito durante gli accessi era abolito e ritornava normale durante gli intervalli. Le feci diarroiche hanno avuto sempre colore bruno scuro, mai ematico.

Contemporaneamente all'insorgenza di detti disturbi, il paziente ha avvertito stabilirsi una certa difficoltà nella deglutizione dei cibi sia solidi che liquidi, maggiore per quest'ultimi, difficoltà che andò per un certo tempo aumentando per poi rimanere stazionaria, verificandosi costantemente ogni giorno in tutto il periodo della malattia.

L'ostacolo al progresso degli alimenti veniva dal paziente localizzato sempre all'altezza dell'apofisi xifoide; esso era accompagnato da dolore in sede, dolore che si risvegliava spontaneamente qualche volta di notte. La difficoltà al passaggio era minore per i cibi solidi che per i liquidi; il paziente riceveva la impressione che la prima parte di cibo introdotta nell'esofago venisse arrestata all'altezza dell'apofisi xifoide e che quando nell'esofago si era accumulata una certa quantità di alimento, lo spasmo cessasse e la progressione nello stomaco si effettuasse.

Talora lo spasmo cessava anche con l'introduzione di qualche sorso di acqua fredda.

Il paziente fu curato sempre con mezzi medici senza risultato. L'enteroclisma di 250 gr. di olio di oliva era trattenuto dalla sera al mattino e veniva poi emesso senza espulsione di feci. Il paziente si recò da Pitanghera, dove abitava, a Rio Janeiro, per farsi curare, fermandovisi 3 mesi, visitato da parecchi medici. Gli fu praticato ivi l'esame radiologico dell'apparato digerente e gli fu diagnosticata una forma spastica del cardias ed atonia intestinale, radiologicamente non essendo state rilevate alterazioni notevoli dell'intestino.

Stato presente: Individuo di statura elevata, sviluppo delle masse muscolari e del panicolo adiposo discreto, colorito della cute

terreo. Nulla di rilevante all'esame del capo e degli organi toracici. Sul ventre si vede disegnarsi una intumescenza ovoidale, a limiti non del tutto definibili, delle dimensioni approssimative della testa di un neonato, situata principalmente nella metà sinistra dell'addome, dove si spinge fin sotto l'arco costale, ma che sporge anche nella metà destra sino circa al margine laterale del muscolo retto. È di consistenza molle-elastica, non fluttuante, non spostabile, con la pressione manuale la sua forma sembra modificarsi ed il suo volume sembra ridursi; non è dolente alla pressione.

Si pratica l'*esame radioscopico* del tubo digerente previa ingestione di latte bismutato, e si nota:

Dilatazione diffusa di notevole dimensione dell'esofago toracico, con restringimento inferiore conico terminante a livello del diaframma. I contorni dell'esofago dilatato sono netti e regolari; l'apice dell'estremo conico inferiore è prolungato in basso da un'ombra bismutica filiforme che si continua nello stomaco con l'ombra del bismuto che va raccogliendosi lungo il canale salivare. Detta ombra filiforme è persistente e denota un passaggio tenue ma continuo di bismuto dall'esofago nello stomaco. Non si osservano movimenti peristaltici nè antiperistaltici. Negativa la prova del riflesso oculo-esofageo.

L'ingestione di un bicchiere di acqua fresca aumenta un po' il passaggio del bismuto attraverso il restringimento. L'esofago per svuotarsi del latte bismutato (350 cmc.) impiega circa un'ora.

Progressione normale del pasto dallo stomaco all'intestino tenue e lungo tutto questo; il riempimento del cieco avviene in tempo fisiologico; ptosi di medio grado dell'angolo epatico del colon; progressione lungo il colon ritardata; dilatazione di tutto il colon discendente che si presenta a contorni rettilinei per la scomparsa degli «Haustra coli». La dilatazione si fa della massima ampiezza nel tratto sigmoideo.

Riconosciuta in base a tali reperti l'esistenza di una distensione delle ultime porzioni del grosso intestino e particolarmente del sigma, con cospicua stasi fecale, viene deciso l'intervento, prima del quale si somministrano per tre giorni consecutivi, con effetto scarsissimo, purganti ed enteroclismi.

L'8 giugno 1921 il primario prof. Dall'Acqua pratica in cloronarcosi la laparotomia mediana sottombellicale.

Aperto il peritoneo si trova una massa, costituita dal sigma colico enormemente disteso, dell'aspetto grossolano e delle dimensioni di un comune fiasco di vino, a breve collo ed a base slargata, la quale occupa le due fosse iliache, mentre l'apice è situato sotto l'arco costale sinistro presso a poco in corrispondenza della linea mammillare.

Non si rileva alcun fatto anatomico che spieghi questa abnorme dilatazione del sigma, nè al momento dell'atto operativo è visibile alcuno stato spastico dell'ansa efferente del retto, anzi anche questo si presenta enormemente disteso; così il sigma colico che il retto sono occupati fittamente da masse fecali. Propostasi la resezione del sigma, l'operatore tenta dapprima con la pressione manuale di svuotare il contenuto dell'ansa efferente nel retto con la speranza di poter in parte almeno liberare poscia questo dal suo contenuto mediante una sonda esofagea introdotta in esso. Ma tale manualità lungi dal raggiungere l'intento peggiora le condizioni operatorie, mentre non libera l'ansa efferente, accumula nel retto una quantità troppo grande di feci che non è più possibile far regredire. Liberata dal mesentere la porzione d'intestino che intende asportare, l'operatore la estrae fuori dal peritoneo, avendosi proposto come piano operatorio di resecare il sigma, chiudere i monconi terminali delle anse afferente ed efferente e praticare poi l'anastomosi laterale degli stessi in corrispondenza di una tenia. Difficoltà tecniche impediscono di praticare tale anastomosi prima della resezione in causa dello enorme accumulo di feci nelle anse. Viene pertanto asportato previa coprostasi con enterostati ed usando per la recisione il termocauterio, quella porzione di sigma ritenuta compatibile con un possibile e facile avvicinamento dei due monconi per una sutura latero-laterale; e tanto più lungo viene lasciato il moncone distale in quanto è prefisso il proposito di non affondare poi i due monconi nell'addome ma di fissarli alle pareti addominali per ovviare ad eventuali inconvenienti post-operatori. Ma, resecata l'ansa, con grande sorpresa si constata che, pure lasciato così lungo, il moncone distale si affonda completamente entro il piccolo bacino malgrado tutto il sigma avesse perduta la sua tonicità. Per poter accostare i monconi l'uno all'altro, sopratutto facendo trazione su quello distale, è necessario collocare il paziente in posizione di Trendelenburg dopo avere di nuovo invano tentato di svuotare il retto mediante compressione. Nella posizione di Trendelenburg i due monconi poterono venire accostati, ma con grave difficoltà, però fu impossibile applicare qualsiasi enterostato sul moncone distale e la coprostasi fu affidata alle dita di un assistente opportunamente applicate. Dopo chiusi con doppio piano di sutura gli estremi liberi dei monconi fu praticata tra questi un'anastomosi latero-laterale, tuttavia malgrado il più scrupoloso accorgimento non fu possibile impedire che durante l'esecuzione di essa (che fu di necessità praticata in vicinanza immediata dell'estremità del moncone distale) alcune particelle di materie fecali piuttosto solide uscissero dalla linea di sutura. Questa fu condotta a triplice strato e rinforzata con la sovrapposizione di un lembo duplicato di omento, il quale era oltremodo sottile. In vista di tale inconveniente si ritenne prudente collocare un drenaggio di garza iodoformica sulla linea dell'anastomosi. Terminato l'atto operativo, mediante una mano introdotta nel retto con tutta prudenza fu asportata una grande parte delle masse fecali contenute nell'ampolla rettale, dubitando che la pressione di queste potesse disturbare il processo di cicatrizzazione.

L'ansa asportata misurayva in lunghezza 30 centimetri ed in circonferenza 25.

La spessezza delle pareti era molto aumentata (circa mezzo centimetro) e lo era evidentemente a carico specialmente della muscolare che misurava millimetri 3. Questa era molto lassamente spostabile.

La mucosa non presentava macroscopicamente alterazioni.

All'esame istologico si trovò molto sviluppato lo strato delle ghiandole mucose, con ricca infiltrazione parvicellulare che era assai cospicua nella sottomucosa molto ingrossata e ricca di robusti fasci connettivali.

La stessa infiltrazione esisteva tra i fasci muscolari ispessiti, sia appartenenti alla *muscolaris mucosae*, sia alla muscolare propria. In questa l'ipertrofia era assai considerevole nella porzione circolare, la longitudinale sembrava di dimensioni normali.

La rilevante differenza fra le dimensioni dell'ansa asportata vuota di contenuto fecale, in confronto dell'ansa in sito, come l'accorciamento dei monconi di resezione del sigma, sono evidentemente dipendenti dalla struttura istologica delle pareti intestinali alle quali lo stato di ipertrofia della tonaca muscolare consentiva una grande retrattilità.

Il decorso post-operatorio fu molto favorevole sino alla nona giornata, quando, avendosi la sera precedente somministrato un purgante oleoso, incominciò ad uscire dalla ferita lasciata aperta una piccola quantità di sostanze fecali; però la fistola si rinchiuse completamente dopo un mese e mezzo dall'atto operativo. I rialzi termici post-operatori furono insignificanti e l'operato lasciò l'ospedale in ottime condizioni il 28 agosto 1921, dopo tre mesi di degenza. I fatti spastici esofagei rimasero inalterati; scomparve invece ogni dolore addominale residuando solo un lieve grado di stipsi vinta facilmente con l'uso di un blando lassativo, quale la magnesia di S. Pellegrino, un cucchiaio di essa essendo sufficiente per fargli vuotare regolarmente e quotidianamente l'alvo per cinque giorni. In seguito si dimostrò sufficiente solamente l'uso di paraganglina.

L'esame radioscopico praticato prima di licenziare il paziente diede il seguente reperto: Invariati i fenomeni spastici del cardias. Permane la ptosi dell'angolo epatico del colon ed il ritardo di progressione lungo il colon stesso; buona la canalizzazione a livello dell'entero-anastomosi sul cui lato per alcuni centimetri si osserva un'ombra bismutica dovuta a riempimento del fondo cieco del moncone distale dell'intestino resecato. Dopo 24 ore si osserva disegnato, per quanto un po' incompletamente, il retto.

Notizie assunte un anno dopo l'intervento confermavano la durevole scomparsa dei disturbi e le ottime condizioni generali dell'operato come pure il ripristino delle normali funzioni dell'intestino.

Le difficoltà incontrate nell'esecuzione dell'atto operativo in questo caso di megasigma e cioè replezione ingombrante di feci nell'ansa da resecare e retrazione del moncone efferente in misura molto superiore a quanto fosse prevedibile possono fornire qualche ammaestramento che serva a più facilmente superarle in analoghe condizioni. Considerato l'effetto quasi nullo che si può ottenere con i purganti e con gli enteroclismi, una volta fatta la diagnosi di megasigma e deciso l'atto operativo è utile la sera precedente ed il mattino della operazione vuotare meccanicamente l'ampolla rettale onde poter operare su anse possibilmente libere da contenuto fecale. Durante l'intervento nell'eseguire la resezione del sigma conviene avere presente che il moncone distale subirà una retrazione di gran lunga maggiore di quanto si possa presumere ed in vista di ciò sarà opportuno asportare da questo lato assai meno di quanto possa sembrare necessario. Qualora ne esista la possibilità sarà utile praticare l'anastomosi latero-laterale fra i monconi prima di passare alla resezione. Inoltre le manovre sul moncone distale saranno notevolmente agevolate collocando l'infermo in posizione inversa.

Il caso sopradescritto ci ha offerto all'osservazione l'esistenza di un fenomeno spastico della parte inferiore dell'esofago e del cardias, che perdura anche dopo l'atto operativo e va messo in relazione con la lesione del grosso intestino.

Fenomeni spastici esofagei da attribuirsi ad eccitazioni nervose riflesse furono notati da Loeper e da Aubourg e Belot (1) in rapporto a lesioni in atto o pregresse del tubo digerente di svariata natura (ulceri gastriche e duodenali, stenosi piloriche, neoplasie gastriche ed extragastriche, stenosi intestinali, appendiciti, gastroenteroptosi, ecc.). In uno studio statistico Armani e Mainoldi (2) li riscontrarono con una frequenza del 41 %.

Anche nel nostro caso non vi ha dubbio sulla dipendenza del fatto spastico esofageo dalla malattia del grosso intestino, considerato che i fenomeni morbosi a carico sia dell'una che dell'altra porzione del tubo digerente si sono stabiliti parallelamente e considerato che può esserci una analogia patogenetica (mancanza di coordinazione degli impulsi che danno origine alle contrazioni delle fibre muscolari liscie) nel meccanismo di formazione di alcune dilatazioni idiopatiche del colon come degli spasmi del cardias e del piloro (3).

Tale spasmo perdurò poi nel nostro operato malgrado la scomparsa dei disturbi soggettivi dovuti alla dilatazione del sigma.

BIBLIOGRAFIA.

1. AUBOURG e BELOT. *L'exploration radiologique dell'oesofague.* Journal de Radiologie et d'Electrothérapie, tome I, n. 8, avril 1914.
2. ARMANI e MAINOLDI. *Osservazioni statistiche sullo spasmo esofageo in rapporto alle lesioni del tubo gastro-intestinale.* Giornale di clinica medica, anno II, fasc. V.
3. R. ALESSANDRI. *Ricerche anatomiche e cliniche sul sigma-retto.* La Clinica Chirurgica, n. 11, 12 dicembre 1917.

NOTE E CONTRIBUTI.

STAZIONE AGRICOLO-ANTIMALARICA
DELLA R. SCUOLA SUPERIORE DI AGRICOLTURA
IN PORTICI
diretta dal prof. GIACOMO ROSSI.

A proposito dell'urobilinuria nella diagnosi della malaria latente

per il dott. IGNAZIO DI PACE.

I. Il Plehn (1) aveva ritenuto che la presenza di urobilina nelle urine fosse prova sufficiente per dimostrare la esistenza di una forma latente della infezione malarica. La sua opinione fu ripetuta da altri, sì che è quasi generalizzato il convincimento che, per diagnosticare la malaria latente, basti il reperto positivo di tale pigmento nelle urine.

Io non mi sono mai piegato, senza molte riserve, a quel convincimento, che ho creduto un poco esagerato e un poco fondato sopra una erronea generalizzazione di limitate constatazioni di fatti. E, per modificare, o confermare i miei dubbi, sulla base dei risultati dei fatti sperimentali, ho fatto le ricerche che espongo in questa pubblicazione.

II. Sapendo dalle osservazioni di vari autori e dalle mie che spesso nel sangue, sia dei bambini che degli adulti abitanti in luoghi malarici, o provenienti da detti luoghi, apparentemente sanissimi, si vedono circolare parassiti della malaria, anche in numero abbondante, senza che si manifestino accessi febbrili, o che si mostrino disturbi che facciano sospettare una forma di malaria larvata; e convinto che tali portatori di ematozoi, agli effetti della diffusione della malattia, e sotto il riguardo profilattico, vanno considerati alla pari dei malarici conclamati, io non ho voluto limitare le mie indagini ai soli malarici acuti, da poco clinicamente guariti (2), ma le ho estese ai residenti in ambiente malarico, dimostratisi portatori di ematozoi, con o senza l'uso di agenti che li mobilizzano (nei bambini sempre, e negli adulti quasi sempre, la stricnina), pur non presentando nessun segno, sia obiettivo che subiettivo, che facesse sospettare la possibilità di una infezione malarica, e ai malarici clinicamente guariti da oltre due mesi.

(1) PLEHN. *Brit. Med. Journ.*, 1908; *Münch. Med. Wochens.*, 1909.

(2) Io distinguo la guarigione clinica da quella etiogenica. La prima indica che non si ha più febbre; la seconda invece che non si ha più febbre, nemmeno in seguito all'uso degli agenti che la riattivano, e che nel sangue non si rinvengono più i parassiti, nemmeno facendo uso dei mezzi che li mobilizzano.

III. Poichè l'urina normale contiene (lo ammettono tutti gli autori) urobilinogeno — sostanza incolore, cromogeno dell'urobilina — che, per ossidazione, sotto l'azione dell'aria e della luce, si trasforma in urobilina, io ho avuto cura di esaminare sempre le urine — raccolte in recipienti risciacquati con acqua distillata — subito dopo la loro emissione (la prima emissione della mattina) onde escludere, dal possibile reperto positivo, anche il più piccolo dubbio che esso fosse stato influenzato, sia pure in minima parte, dalla luce. Ho usato il reattivo del Pittarelli (1), perchè ha i seguenti pregi: uso molto semplice e facile; conservazione indefinita (cosa che non può dirsi dei reattivi del Florence e di quello dell'Oliviero, che pur sono fra i più usati dei tanti reattivi che si conoscono); evita le possibili cause di errori (2) inerenti sia al reattivo del Florence, che a quello dell'Oliviero; raggiunge la esattezza del metodo Nencki-Sieber, sul quale ha il vantaggio della grande semplicità.

(1) Tale reattivo ha la seguente formula: Soluzione di acetato di zinco in alcool metilico (al 2 %) cmc. 100, acido acetico e acetato di ammonio ana gr. 5, alcool amilico cmc. 100; e ha anche una soluzione accessoria — la quale può eventualmente occorrere — fatta della stessa soluzione di acetato di zinco al 2 %.
L'esame con detto reattivo si fa nel seguente modo: in un tubo di assaggio si mettono 2 vol. di urina e 1 vol. di reattivo; si mescola dolcemente senza agitare molto e si lascia riposare per alcuni minuti. L'alcool amilico, insolubile, o quasi, nei liquidi acquosi, sale a galla, trascinando seco la sostanza dicroica e trattiene una quantità sufficiente di alcool metilico, acetato di zinco e di ammonio perchè possa aversi il fenomeno della fluorescenza. Nei casi nei quali, per circostanze imprecisabili, l'alcool amilico tarda a separarsi e non si presenta la fluorescenza, basta o centrifugare o aggiungere alcune gocce della detta soluzione accessoria, per ottenere subito la separazione e la fluorescenza. (PITTARELLI. *La Riforma Medica*, 1921).

(2) Col reattivo del Pittarelli le cause di errori possono venire solo dalla presenza di eosina nelle urine, o per ingestione di pasticcini o di altre leccornie, colorate abitualmente con detta sostanza, o anche in seguito a lavaggio e a disinfezione dei recipienti, nei quali l'urina si raccoglie, con soluzioni di sublimato corrosivo, fatte con le abituali pasticche del commercio, le quali sono colorate appunto con eosina. Per eliminare tali cause di errori io ho avuto cura di proibire ai soggetti da me esaminati di mangiare pasticcini o leccornie colorate per 3 o 4 giorni prima dell'esame delle loro urine, e raccogliendo queste — come ho già detto — in recipienti ben puliti e risciacquati con acqua distillata.

IV. I soggetti sono stati scelti tutti fra i fanciulli, gli adolescenti e gli adulti, che non avevano precedenti ereditari o acquisiti di malattie esaurienti o anemizzanti, fatta eccezione della malaria, per quelli che già avevano avuto la sua classica manifestazione. Gli esami sono stati fatti sempre nello stesso ambiente e in uno dei giorni di un lungo periodo di tempo nel quale i soggetti avevano la sensazione di godere pieno benessere fisico.

Quando ho dovuto esaminare le urine di soggetti che avevano già sofferto la malaria, in epoca più o meno lontana, io ho messo attenzione a scegliere quelli di essi che o non avevano fatto cure arsenicali, o ferruginose, da non meno di un mese; e quando ho dovuto esaminare quelle dei soggetti, che avevano sofferto l'ultima febbre — sia primitiva che recidiva — 20 a 30 giorni prima, ho messo anche attenzione a scegliere quelli di essi che non avevano iniziate tali cure e che avevano fatto uso solo di chinina fino a 6 o 7 giorni dopo l'ultima febbre. E ciò allo scopo di escludere il possibile sospetto che tali cure avessero potuto avere qualche influenza sul reperto urobilinico.

V. Dalle mie indagini ho avuto i seguenti risultati:

A) *Gruppo dei residenti in ambiente malarico, che non hanno avuto mai manifestazioni malariche, o altri disturbi, anche lievissimi, che facessero sospettare una infezione malarica, che sono stati sempre bene da un anno e che sembrano in pieno e perfetto benessere fisico.*

a) Su 15 campioni di urine appartenenti a 15 fanciulli dagli 8 ai 12 anni, i quali sono stati riconosciuti portatori di ematozoi (1) in seguito a una iniezione di 1 mgr. di nitrato di stricnina, fatta 10 a 15 giorni prima due volte ottengo debolissima (1) reazione (13.3 %).

b) Su 30 campioni di urine, appartenenti a 30 soggetti adulti, che anche 10 a 15 giorni prima sono stati riconosciuti portatori di ematozoi, in seguito alla prova o dell'adrenalina (10), o del vaccino antitifico (14), o dell'asmoganglina (3), o dell'endoipofisina (3), due danno fluorescenza debole e tre debolissima (totale globale 16.6 %).

B) *Gruppo dei soggetti che hanno sofferto la classica forma della malaria benigna (terzana benigna, o quartana), 4 a 6 mesi prima, ben curati e clinicamente ben guariti.*

a) Su 15 campioni di urine, di 15 fanciulli, dai 6 ai 12 anni, accertati portatori di ematozoi, in seguito a una iniezione di 1 mgr. di nitrato di stricnina, fatta 10 a 15 giorni prima, 2 volte osservo debolissima fluorescenza e 1 volta alquanto vivace (totale globale 20 %).

b) Su 16 campioni di urine, di 16 soggetti adulti, riconosciuti portatori di ematozoi o con le iniezioni di stricnina (6) o del vaccino antitifico (4), o dell'endoipofisina (4), o dell'adrenalina (2), fatte 10 a 15 giorni prima, constato 4 volte la caratteristica fluorescenza: 1 volta debole e 3 volte debolissima (totale globale 25 %).

C) *Gruppo dei soggetti che hanno sofferto le forme classiche della malaria, con più di due recidive fino a 2 a 3 mesi prima*:

a) Di 20 campioni di urine, appartenenti a 20 soggetti adulti, che hanno avuto sempre, nelle varie recidive, la forma della malaria lieve — che non presentano nè ingrossamento di milza e nè tumefazione epatica, che hanno ripreso il loro colorito e la loro vivacità normale e che non presentano ematozoi nel sangue della circolazione periferica nel momento della raccolta delle urine, 3 presentano debole fluorescenza (15 %). Una iniezione di controllo, con 3 mgr. di nitrato di stricnina, dimostra che fra quei 20 soggetti vi sono 8 (40 %)

(1) La denominazione di portatori di ematozoi è stata data sempre in seguito al reperto positivo dell'ematozoo in una qualunque delle sue forme gametiche o anche in uno qualunque degli stadi della evoluzione del suo ciclo asessuale. Non credo fuor di luogo, a tale proposito, riferire che nei miei esami mi è accaduto di trovare, con una relativa frequenza, forme del ciclo febbrigeno non solo nei soggetti che avevano sofferto malaria da tempo relativamente breve (2 a 3 mesi), ma anche in quelli che l'avevano sofferta, con o senza recidive, da 5 a 6 mesi, e ancora in quelli che avevano avuto residenza, o stabile o transitoria, in ambiente malarico, senza aver avuto manifestazioni febbrili o altri disturbi che avessero fatto sospettare la malaria e nei quali sembrerebbe si dovessero trovare esclusivamente, o quasi, forme gametiche.

(1) Nell'annotazione dei reperti positivi ottenuti, mi è parso giusto e sufficiente fare una classifica che distinguesse le reazioni intense, o vivaci, dalle deboli, e queste dalle debolissime. Giusto perchè la varia intensità fluorescente è in rapporto alla quantità di urobilina; e questa, in generale, nel maggior numero dei casi, con la povertà globulare ed emoglobinica e con le alterazioni epatiche e spleniche. Sufficiente, perchè lo scopo principale delle indagini, che qui riassumo, è stato quello di accertarmi della presenza o meno dell'urobilina nelle urine dei malarici latenti e non della sua quantità in rapporto alle condizioni di ogni singolo malarico latente, ricerca che ho fatto a parte e che esporrò in altra pubblicazione.

portatori di ematozoi (3 gameti tondeggianti; 4 fasi di schizogonia del *plasmodium vivax;* e 1 in fase di schizogonia del *plasmodium malariae*); e cioè: i 3 che avevano emesso urine con urobilina e 5 degli altri che avevano emesse urine senza la più piccola traccia di tale pigmento (esame ripetuto due volte, in due giorni successivi.

b) Su 25 campioni di urine, di 25 soggetti tutti adulti, i quali hanno avuto, o nella infezione primitiva, o nelle successive recidive, la forma grave della infezione malarica, con febbre continua o remittente, a tipo o gastrico o biliare, che non hanno ripreso ancora la espressione del benessere fisico, che non presentavano ematozoi nel sangue della circolazione periferica nel momento della raccolta delle urine, ma che presentano invece milza lievemente ingrandita, si manifesta la fluorescenza 12 volte: 7 più o meno vivace, 3 debole e 2 debolissima (totale globale 48 %). Sottoponendo gli stessi 25 soggetti alla prova di controllo con una iniezione di 2 mgr. di nitrato di stricnina, se ne rivelano 13 (52 %) portatori di ematozoi (5 con semilune ben chiare, 3 gameti ovoidi netti, 2 invece tondeggianti, 2 con merozoiti a grappolo e 1 con merozoiti liberi); e fra essi si trovano solo 9 dei 12 che hanno emessa urina contenente urobilina. Una seconda iniezione di nitrato di stricnina, alla dose di 3 mgr. nei rimanenti 3 dei detti 12, fatta alla distanza di due giorni, dimostra che essi sono portatori di ematozoi (2 gameti fusati, 1 piccoli merozoiti in ammassi).

D) *Gruppo dei soggetti adulti, malarici primitivi o recidivi, che hanno avuto la prima o l'ultima manifestazione febbrile 20 a 30 giorni prima, che presentano tutti ancora scarse forme parassitarie nel sangue della circolazione periferica.*

a) Di 12 campioni di urina, di 12 malarici primitivi lievi (terzana benigna, quartana) guariti clinicamente subito con le prime due iniezioni di bicloridrato di chinina, senza segni obbiettivi della patita infezione, ancora con scarsissimi parassiti nel sangue della circolazione periferica (7 in varie fasi di schizogonia, 5 con forme gametiche tondeggianti, delle quali 2 con 6 flagelli lunghissimi), 7 presentano la caratteristica fluorescenza: 4 vivace, 1 debole e 2 debolissima (totale globale oltre il 58 %).

b) Di 18 campioni di urine, appartenenti a 18 malarici primitivi gravi (terzana maligna) a forme continua, o remittente e a tipo prevalentemente gastrico — che hanno resistito, per tre giorni, alle iniezioni sottocutanee di soluzione di bicloridrato di chinina, alla dose di 1 gr., e che sono state domate da 2 o 3 iniezioni endovenose delle stesse soluzioni di bicloridrato di chinina, alla stessa dose di gr. 1 *pro die*, e che presentano lieve ingrandimento splenico — 15 mostrano la caratteristica fluorescenza: 9 volte vivace e 6 volte debole (totale globale 83.3 %). Una iniezione di nitrato di stricnina, alle dosi di milligr. 2 a 3, dimostra che tutti questi 18 soggetti sono parassitiferi [7 con scarsissime forme gametiche (4 ovoidali, 2 semilunari, 1 fusata), 11 in diverse fasi di schizogonia del Laverania praecox].

c) Di 15 campioni di urine, appartenenti a 15 soggetti che soffrirono malaria benigna e che ebbero due o più recidive, sempre benigne e sempre vinte con le prime iniezioni sottocutanee di soluzioni di bicloridrato di chinina, alla dose di 1 gr., con piccolissimo ingrandimento splenico, 11 danno la caratteristica fluorescenza: 8 volte vivace, 2 debole e 1 debolissima (totale globale 73.3 %). Una iniezione di nitrato di stricnina, alla dose di 2 milligr., fatta dopo la raccolta delle urine, dimostra che tutti i detti 15 soggetti sono parassitiferi [11 forme del ciclo febbrigeno (4 del *plasm. malariae* e 7 del *plasm. vivax*), 4 forme gametiche (1 rotondeggiante, piccola, 3 tondeggianti, grandi)].

d) Di 15 campioni di urine, di 15 soggetti che hanno contratto la malaria grave in Albania, che hanno avuto varie recidive, sempre con febbre continua e a tipo bilioso, vinte o dopo 5 a 6 iniezioni sottocutanee di soluzioni di bicloridrato di chinina alla dose di gr. 2 *pro die*, o di 3 a 4 iniezioni endovenose delle stesse soluzioni alle stesse dosi, tutti con segni fisici e organici della patita infezione (epato-splenomegalia più o meno accentuata, stato oligoemico) e tutti parassitiferi (9 con forme parassitarie del ciclo febbrigeno del Laverania praecox, e 6 con forme gametiche della stessa laverania: 4 semilunari, 2 ovoidali), tutti presentano la caratteristica fluorescenza: 11 volte vivace e 4 debole.

VI. Dai surriferiti risultati si deduce che la presenza di urobilina nelle urine:

a) è costante nella malaria recentissima, con segni fisici e organici ancora ben manifesti della patita infezione e con presenza di ematozoi nel sangue della circolazione periferica;

b) è frequente nella malaria, specie se recidiva, che si manifestò, fino a 2 a 3 mesi prima con forme cliniche gravi e che presenta

ancora parassiti nel sangue della circolazione periferica;

c) è rara nei casi di malaria sofferta da oltre 4 mesi, clinicamente ben guarita, pur presentanti ancora parassiti nel sangue della circolazione periferica, constatabili con la prova della stricnina;

d) è eccezionale nella malaria latente assolutamente asintomatica.

VII. Paragonando, in fine, i detti risultati con quelli che si ottengono con l'uso dei preparati opoterapici (1) (adrenalina, asmoganglina, estratto di ipofisi), o con uno qualunque dei vari mezzi più attivi e perciò più raccomandati (iniezioni di emetina o di nitroglicerina (2) per la mobilizzazione degli ematozoi e per la riattivazione degli accessi febbrili malarici — nei casi di malaria latente — specialmente con le iniezioni di nitrato di stricnina, che sono affatto innocue (3), si desume che la ricerca dell'urobilina nelle urine è un mezzo di indagine diagnostica della detta forma di malaria che non merita di essere anteposto a nessuno di quelli ai quali ho accennato. E, ricordando che l'urobilinuria si constata — sia pure in piccolissime quantità — nelle urine normali — specie quando esse non sono esaminate subito dopo la loro emissione — e che è frequente — anche in quantità rilevanti — in altre contingenze morbose, che non hanno niente di comune con la malaria, ci convinciamo che essa non è patognomonica della malaria latente e che perciò non merita di essere utilizzata per la diagnosi di tale forma di infezione.

---

(1) I. DI PACE. *Il Morgagni*, Parte 1ª, n. 10, 1922.
(2) QUARELLI. *Ibidem*, 1920.
(3) I. DI PACE. *Ibidem*, n. 7-8, 1915; *La Malariologia*, n. 5-6, 1922; *Il Policlinico*, Sez. Prat., n. 52, 1922; *Folia Medica*, n. 5, 1923.

RIVISTE SINTETICHE.

Sindrome chiasmatica nelle affezioni dell'ipofisi.

RIVISTA SINTETICO-CRITICA

del dott. G. FUMAROLA, lib. doc. e aiuto di Clin.

Gli iniziatori delle ricerche cliniche sulle affezioni ipofisarie furono Lombroso (1869) e Taruffi (1879); ma spetta sopratutto a P. Marie (1886) il merito di avere inquadrate in una sindrome morbosa ben definita le lesioni ipofisarie, e di avere creato con lo studio dell'« *acromegalia* » un nuovo capitolo della patologia.

Per quanto, però, da allora la letteratura sulle ricerche cliniche e sperimentali dell'ipofisi sia divenuta assai ricca, tuttavia vi è ancora disaccordo sulla patogenesi dei relativi quadri morbosi. Ciò dipende dalla scarsità delle nostre conoscenze sull'importanza fisiologica dell'ipofisi, e dal riscontro frequente all'autopsia di tumori ipofisari decorsi in vita senza manifestazioni rilevabili.

Se è relativamente facile oggi la diagnosi di malattia ipofisaria, quando questa si presenti sotto una delle sindromi conosciute (*acromegalia, gigantismo acromegalico, infantilismo, distrofia adiposo-genitale*) è invece spesso difficile diagnosticare i tumori dell'ipofisi, che non provocano necessariamente una sindrome ipofisaria e che possono quindi restare quasi latenti. La sintomatologia, infatti, cui essi dànno luogo è incostante e variabile, e spesso si confonde con la sintomatologia iniziale di alcuni tumori cerebrali e dell'*hydrocephalus*. Questa deficienza della Clinica viene messa in evidenza dai frequenti reperti anatomo-patologici in casi in cui in vita non fu possibile una diagnosi, e dalla impossibilità di trarre da questi reperti dati sufficienti per stabilire un quadro diagnostico in tutte le affezioni dell'ipofisi.

Un grande sussidio diagnostico portano, invece, ai tumori dell'ipofisi senza sindrome ipofisaria, la *sintomatologia oculare* e *l'indagine radiologica*: le lesioni oculari, sistematicamente ricercate possono costituire l'unica manifestazione sintomatica delle lesioni ipofisarie; l'indagine radiologica, mettendo in evidenza le alterazioni sellari e delle ossa craniche, può servire di guida alla conoscenza della natura della lesione.

Un contributo veramente notevole, alla indagine diagnostica dei tumori ipofisarii per mezzo dell'esame oculare e radiologico, è quel-

lo apportato recentemente dal prof. Di Marzio, Aiuto nella R. Clinica Oculistica di Roma (1).

L'autore distingue:

a) lesioni dell'ipofisi con sindrome ipofisaria (*acromegalia, gigantismo, infantilismo*);

b) lesioni dell'ipofisi senza sindrome ipofisaria.

Egli riporta nel suo lavoro soltanto 20 casi scelti, fra circa 60 riscontrati nella Clinica di Roma, perchè meglio studiati e seguiti anche nel loro decorso. Osserva, però, che se una statistica dovesse fare sui 60 casi esaminati, dovrebbe dire che le lesioni ipofisarie sono molto più frequenti di quanto si possa immaginare e che una forte percentuale delle lesioni dell'ottico, sotto forma di atrofia discendente, sono dipendenti da affezioni ipofisarie ignorate, in una percentuale che Cirincione calcola nel rapporto di 1 a 10, e che l'autore crede possa essere confermata perchè, su circa 600 malati, nei quali ha riscontrato alterazioni del nervo ottico constatabili all'oftalmoscopio, ben 60 presentarono alterazioni indubbie della regione sellare.

Dalle ricerche cliniche, radiologiche ed anatomo-patologiche praticate su questi 20 casi di affezione dell'ipofisi si deduce quanto segue:

Le *lesioni oculari* nelle affezioni dell'ipofisi sono sempre riscontrabili ed hanno una grande importanza: sono costantemente a carico del nervo ottico, come indice di una compressione localizzata a livello del chiasma.

Nell'acromegalia, nel gigantismo acromegalico e nell'infantilismo sono costanti le alterazioni visive, che fanno parte della sintomatologia di queste classiche sindromi e servono quasi sempre ad indicare, sia il modo di evolversi della lesione ipofisaria, sia la direzione presa dal tumore nei vari periodi della malattia, sia infine le complicanze che intervengono nel suo decorso per causa del tumore.

Nei tumori ipofisari sono costanti i sintomi oculari e permettono da soli di fare una diagnosi precisa di natura e di sede, in assenza di quasi tutti i sintomi generali; oltre a ciò i sintomi oculari costituiscono una guida preziosa per l'ulteriore evolversi della malattia.

Le lesioni del nervo ottico riscontrate con l'esame oftalmoscopico e l'esame perimetrico dimostrano che questi due esami sono quasi sempre concordanti fra loro.

L'alterazione del fondo oculare che più frequentemente si riscontra è l'atrofia ottica discendente: mai è stata riscontrata la neurite ottica pura. La papilla da stasi, che si osserva talvolta, deve essere considerata o come segno di una sopraggiunta complicanza della lesione endocranica, o come segno di un'altra lesione concomitante alla affezione ipofisaria.

L'alterazione del campo visivo dimostra come le lesioni del chiasma si estrinsechino in vari modi, a seconda della direzione di accrescimento del tumore. Nella grande maggioranza dei casi si trova l'emianopsia bitemporale: l'emianopsia binasale è, però, meno rara di quel che si crede. Talvolta si osserva anche l'emianopsia omonima, ed è importante notare come, essendo la medesima in dipendenza della lesione di un *tractus opticus*, per l'estrinsecazione all'indietro e superiormente del tumore, ripeta i caratteri differenziali che la distinguono da una emianopsia omonima per lesione corticale giacchè mostra una irregolarità dei limiti del C. V., un restringimento del campo conservato e l'ineguaglianza fra i due occhi. Qualche volta ancora riscontrasi restringimento concentrico del C. V. e scotoma centrale. Questi fatti trovano la loro spiegazione nella compressione prechiasmatica del nervo ottico, per l'estrinsecazione all'innanzi del tumore ipofisario. L'emianopsia, quindi, viene di solito riscontrata bilateralmente ed è simmetrica, ma spesso non si stabilisce contemporaneamente nei due occhi, nè procede simmetricamente. Così, mentre vi sono dei casi in cui in un occhio vi è emianopsia e l'altro è normale, vi sono casi invece ove in un occhio vi è emianopsia e nell'altro vi è cecità completa. Così pure si può riscontrare, sebbene raramente, emianopsia pei soli colori.

Un fatto importante da notare è la variabilità del campo visivo emianopsico. Frequenti sono i casi in cui, per progressione della compressione del chiasma e quindi della lesione delle fibre ottiche, l'emianopsia segue una fase di sviluppo: vi è dapprima uno scotoma simmetrico e poi emianopsia di un solo occhio, oppure emiacromatopsia bilaterale, e poi si stabilisce una netta emianopsia bilaterale, la quale può trasformarsi in amaurosi di un occhio ed emianopsia dell'altro. Di contro, a queste fasi di progressione vi sono anche le fasi di regressione, sia spontanee, sia sotto l'influenza della cura. Così capita di frequente osservare casi di emianopsia bilaterale in seguito al ristabilirsi di una parte della funzione visiva nell'occhio amaurotico.

La maggior parte dei casi che vengono all'osservazione non presentano le classiche forme di alterazioni del campo visivo quando la malattia è iniziale, come d'altra parte sono ancora ben differenti i sintomi della malattia che si avvicina alla cecità finale: su questi

(1) Annali di Oftalmologia e Clinica oculistica, anno L, fasc. 3, 4, 5; anno 1922. Roma.

due punti l'A. richiama in modo speciale l'attenzione, perchè le alterazioni campimetriche assumano la dovuta importanza nella diagnosi delle lesioni chiasmatiche in tutte le fasi della malattia.

L'acutezza visiva presenta in queste affezioni dei cambiamenti che, a giudizio dell'A. hanno tanta importanza come sintomi diagnostici quanta ne ha la variazione del campo visivo. Se egli non avesse eseguito da sè stesso gli esami funzionali e di controllo, avrebbe dubitato della esattezza di molti reperti, ma gli esami ripetuti gli hanno dimostrato che non solo la variabilità dell'acutezza visiva è un fatto frequente, ma che è soggetto a sbalzi sorprendenti in più e in meno da un mese all'altro. Dimodochè la variabilità del campo visivo e la variabilità dell'acutezza visiva costituiscono due segni caratteristici della sindrome ipofisaria intimamente connessi, perchè dipendenti ambedue dalla variabile pressione esercitata dal tumore ipofisario sul chiasma e sulle parti vicine.

L'esoftalmo è sempre di modico grado, tanto che non ha mai raggiunto i 10 mm. Il controllo radiologico mette in evidenza che esso è sempre in rapporto con un allungamento enorme delle apofisi clinoidee anteriori, segno dell'accrescimento verso l'innanzi del tumore, che riducendo la cavità orbitaria al suo apice, obbliga il globo a protrudere.

Le paralisi dei muscoli oculari hanno valore come segno di propagazione del tumore alle parti circostanti alla sella, oppure di complicazione endocranica.

Le *indagini radiologiche* dimostrano come esse abbiano un valore diagnostico che può essere uguagliato a quello dell'esame oculare: difatti con un'attenta lettura nel difficile reperto radiografico del cranio, quasi sempre si trova una corrispondenza esatta fra il reperto oculare e quello radiografico. Anche nell'indagine dell'ulteriore decorso della malattia l'esame radiografico dà dei buoni risultati, ma appare molto meno adatto per far apprezzare quelle minime variazioni che l'esame oculare mette in evidenza.

Per ben comprendere il valore del reperto radiologico nelle affezioni ipofisarie, bisogna tener presente non solo le modificazioni delle ossa sellari, ma anche le modificazioni di tutte le ossa craniche. Così nell'acromegalia non si deve solo considerare la lesione sellare, ma tutta insieme la « *sindrome radiologica* », caratterizzata da: slargamento della sella turcica, abnorme grandezza dei seni, ineguale ispessimento della parete cranica, protuberanza post-lambdoidea.

Nei sei casi di acromegalia riportati dall'autore non sempre la sindrome neurologica era completa; nel piccolo gigantismo acromegalico esisteva il quadro della sindrome radiologica dell'acromegalia, completa in un caso, mentre in un altro, associato con tutti gli altri segni di questa sindrome, era visibile un piccolo slargamento della cavità sellare.

Per gli altri tumori pituitari senza sindrome acromegalica l'A. non crede che possa ripetersi la divisione di coloro che si contentano di creare un gruppo di tumori a sindrome di *deficit*, per lesioni sia dell'*infundibulum* che del lobo posteriore, in contrapposto al gruppo dei tumori pituitari a sindrome acromegalica. Dappoichè egli ha potuto osservare che vi è una identità di reperto radiografico fra alcuni tumori pituitari con acromegalia ed alcuni tumori senza acromegalia, e che in una fase avanzata di sviluppo del tumore non vi è più alcuna distinzione possibile.

In una fase ulteriore i tumori dell'ipofisi molto grossi, che hanno determinato una alterazione considerevole del corpo dello sfenoide, non permettono una diagnosi differenziale, perchè hanno una grande somiglianza con quelle distruzioni che vengono determinate da altri processi morbosi della base, come pure con quelli che sono un sintomo parziale dell'aumentata tensione cerebrale e che determinano una usura della superficie interna del cranio. Se il tumore, invece, ha sede nell'*infundibulum*, si ha uno slargamento dell'orificio della sella, con usura dei margini laterali del pavimento sellare, che conserva le dimensioni normali. Questo quadro radiologico, però, spesso si confonde con quello dato dai fenomeni d'ipertensione cranica per *hydrocephalus* o per tumore del lobo frontale o del lobo occipitale, e perciò bisogna stare bene attenti a giudicare questi casi con molta prudenza.

Ad evitare errori diagnostici, quindi, bisogna tener presente che l'ingrandimento della sella può anche essere solo un indizio di aumentata pressione endocranica da qualunque causa essa provenga; ma allora sussistono per lo più anche altre alterazioni delle ossa craniche, quale l'assottigliamento di tutta la parete cranica, la evidenza delle impressioni digitate e delle eminenze mammillari, la maggiore profondità dei solchi diploici, la deiscenza di alcune suture e la variazione dell'angolo sfenoidale nell'*hydrocephalus*. A questo proposito l'A. ricorda un'altra varietà di alterazione sellare, su cui Cirincione ha richiamata

l'attenzione, e cioè sul reperto radiografico dell'*hydrocephalus internus*, sia primario che secondario, caratterizzato da abbassamento delle clinoidee anteriori ed uncinamento indentro della lamina quadrilatera. Questo tipo di alterazione sellare è evidente in un caso dell'A., in cui si riscontrò all'autopsia *hydrocephalus internus*, secondario a tumore del ponte, che aveva occluso l'*aquaeductus Sylvii*.

Negli undici casi di tumori ipofisari riportati dall'A. si può vedere come in alcuni il tumore era in una fase avanzata di sviluppo, tale da avere già distrutto tutta la sella ed invaso il corpo dello sfenoide in modo da non potersi più distinguere se la lesione era dovuta a compressione di un tumore ipofisario oppure a quella di un tumore cerebrale. In altri casi, invece, il tumore pituitario ripeteva le alterazioni della fase iniziale dell'adenoma del lobo anteriore, che si sviluppa in modo regolare ed imprime alla nicchia sellare un profilo decisamente tondeggiante; e in un caso esso aveva assunto l'aspetto radiografico di un tumore in periodo di avanzato sviluppo, nella fase che precede la distruzione totale del corpo dello sfenoide.

In qualche caso la lesione endosellare parlava a favore di un'affezione dell'*infundibulum*, in qualche altro il tumore endosellare aveva slargato la sella verso la sua base, che era anche usurata nei suoi margini, aveva accorciato e corroso la lamina quadrilatera ed era congiunto ai segni di ipertensione endocranica.

Un importante reperto radiografico di una sindrome a tipo di *deficit* viene fornito da un caso di infantilismo, in cui la radiografia metteva in evidenza un grosso tumore della regione sellare in fase di calcificazione.

Al contrario, infine, di ciò che molti affermano, accade assai di frequente di riscontrare i segni radiografici di aumentata pressione endocranica sia in acromegalici che in ipofisarii senza alcuna sindrome.

Lo studio che il prof. Di Marzio, allievo valoroso della scuola di Oftalmologia di Roma, ha mandato a termine, ha un altro pregio grandissimo, e cioè di essere corredato da un numero considerevole di figure (diagrammi del campo visivo, fotogrammi di reperti anatomo-patologici, radiogrammi del cranio, disegni schematici) tutte bene riuscite, che documentano in modo meraviglioso, direi quasi suggestivo, ogni ricerca.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Nuove vedute sull'anafilassi.

A. SCALA (*Annali d'Igiene*, 1922, n. 8).

I fenomeni dell'anafilassi, fino dalle classiche esperienze di Richet, hanno sempre destato la meraviglia e l'interesse degli studiosi, sicchè numerosi lavori si sono venuti accumulando sull'argomento e molte teorie sono state emesse per tentarne l'interpretazione.

Le manifestazioni più salienti ed appariscenti dello stato anafilattico che si è venuto formando nel silenzioso movimento reattivo dell'organismo sono date dal così detto *choc* od *ictus*, che con le ipotesi finora avanzate è rimasto inesplicabile nelle sue cause e nella sua essenza.

L'A., portando decisamente i fatti nel campo della chimica colloidale e vagliandoli alla stregua delle leggi che governano le reazioni e le combinazioni colloidali, li esamina sotto un nuovo punto di vista, dandoci una chiara visione del fenomeno.

Egli osserva che uno dei fatti più salienti dello *choc* è la notevole diminuzione della pressione arteriosa, diminuzione che non può essere spiegata con un'alterazione della meccanica circolatoria, poichè in concomitanza con essa si osservano diminuzione del volume totale del sangue, aumento di viscosità e maggiore concentrazione dei costituenti di questo. Si deve quindi ammettere una perdita di acqua, la quale viene richiamata dai tessuti che ne abbisognano; il fatto è confermato dall'osservazione frequente di edemi in malattie o sindromi in cui è chiara la crisi emoclasica, dalla sete, dall'oliguria od anuria dei pazienti durante lo *choc*. L'idrofilia che i tessuti manifestano in tale stato ha origine da reazioni complicate e profonde che modificano lo stato chimico dei colloidi, reazioni in cui debbono aver parte preponderante le sostanze minerali. Per gli anioni o cationi di questi si debbono quindi formare stati acidi od alcalini, con la conseguenza di sminuzzare le micelle colloidali e di aumentare l'acqua di combinazione. Tenuto poi conto dell'aumento di idrogenjoni nel sangue di animali che hanno subìto lo *choc* e delle qualità antianafilattiche degli alcalini, si deve escludere che la genesi dello *choc* sia da riferirsi a liberazione di alcali e si deve invece ritenere che si tratti di liberazione di acidi. Rimangono ancora da spiegare diversi fatti, come l'origine di tali acidi, il meccanismo con cui essi agiscono, il

silenzio dei fenomeni durante il loro accumulo, il manifestarsi improvviso della loro azione, ecc.

Origine e meccanismo di azione degli acidi. — È noto che i sali minerali neutri, venendo in contatto con un colloide, contraggono con esso una combinazione e mettono in libertà il loro anione trasformato così in acido libero; in tal modo si spiega la formazione dell'acido cloridrico nello stomaco, in cui viene cioè fissato il catione sodio del cloruro, mentre l'anione Cl con l'idrolisi si trasforma in acido cloridrico che passa nel succo gastrico. Gli acidi possono dunque provenire dai sali neutri che vanno fissandosi sui tessuti, come è provato dalla ritenzione di sali minerali che si osserva in certi periodi delle malattie infettive. La fissazione si traduce con una produzione abnorme di acidi i quali, esaurite le riserve alcaline e fissatisi sui tessuti formano la carica esagerata e lo stato anafilattico. Ricerche originali dell'A. dimostrano la grande affinità dei colloidi per gli acidi che ne vengono fissati, arrivando ad un vero stato patologico potenziale, pericolosissimo quando passi allo stato attivo.

Bisogna poi tener presente che gli acidi (come del resto anche le basi) nel complesso colloidale non si trovano come tali — per molecole intere — ma dissociati nei loro joni e perdono quindi le qualità acide per riacquistarle quando lo jone elettronegativo si stacchi dalla combinazione e si idrolizzi. Nel primo periodo — di carica — si ha dunque combinazione degli acidi messi in libertà con perdita delle loro qualità acide; nel secondo — periodo di *choc* — si ha l'idrolisi rapida degli joni elettronegativi ed il riacquisto delle loro qualità acide con produzione dei noti fenomeni.

La presenza di acidi richiama nei tessuti una notevole quantità di acqua, come è noto dalle esperienze *in vitro* le quali dimostrano che gli acidi sono causa di idratazione dei colloidi. Gli edemi poi sono secondarî e si manifestano quando l'acqua dei tessuti assorbita in eccesso si libera e, non potendosi eliminare con la celerità dovuta, in causa della insufficiente funzionalità dei reni, si spande nell'organismo. La presenza di acidi nei tessuti li rende elettronegativi per cui si ha richiamo degli joni elettropositivi (cationi) ciò che spiega la ritenzione di sali; diminuiscono così le riserve alcaline del sangue da cui migrano anche gli elementi formati carichi di elettricità positiva, cioè i leucociti, che vengono attratti verso i tessuti. Si spiegano così la leucopenia, la ritardata o mancata coagulabilità del sangue da cui la calce è migrata verso i tessuti. L'intossicazione acida spiega anche le alterazioni dell'intestino, dei reni delle masse muscolari, l'aumento di aminoacidi nel sangue, l'orticaria ed anche la morte per marasma e cachessia dei conigli che hanno resistito allo *choc* acido.

Tale interpretazione viene poi confermata dallo studio dell'antianafilassi. A questo proposito l'A. scevera le sostanze antianafilattiche in due gruppi, il primo (cloruro di sodio ed altri sali) che agisce sugli joni combinati ai colloidi, mantenendo intatto il complesso anafilattico; il secondo che tende a neutralizzare i prodotti del disfacimento della carica. Appartengono a quest'ultimo gruppo i neutralizzanti alcalini, i saponi, i sali di sodio degli acidi deboli nonchè le sostanze proteiche le quali, avidissime di acidi, li fissano e li neutralizzano nel senso colloidale.

Questo modo di vedere ci rende ragione dell'azione fin qui ritenuta strana ed inesplicabile della proteinoterapia, che cura malattie diverse con un metodo unico. Le sostanze colloidi — vergini — iniettate toglierebbero acidi, basi, sali e forse tossine ai complessi colloidali che se ne erano caricati e li eliminerebbero. Si comprende così la non specificità, poichè le proprietà accennate sono comuni a tutte le sostanze proteiche; forse anche nelle malattie specifiche, mentre vi sono alterazioni speciali che cedono solo al rimedio specifico ve ne sono di quelle generali che sono modificate con la proteinoterapia. In questi studî, dove le teorie immunitarie appaiono impotenti a chiarire i fenomeni, la chimica colloidale permette di spiegarli e può aprire campi fecondi di applicazioni.

fil.

MEDICINA.

Problemi dietetici nella terapia della gotta.

(H. STRAUSS. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1922, a. 43, pag. 1438).

Ritornato d'attualità col terminare delle disastrose condizioni dietetiche del tempo di guerra, che ne avevano diminuito le manifestazioni, il problema della gotta ha riacquistato oggi tutto il suo interesse; e la questione centrale rimane sempre quella dell'acido urico. Oggi, specialmente per le ricerche di Gudzent si sa che quello che finora sembrava caratteristico per la diatesi gottosa, cioè l'aumento dell'acido urico del sangue e del siero, è tutt'altro che costante. Si tratta di stabilire quali sono i momenti che determinano la diatesi gottosa, e quelli che determinano l'attac-

co gottoso. L'autore contrappone un fattore umorale ad uno locale, istogeno: il quale ultimo, sulla base del primo, determina la precipitazione dei cristalli con le loro conseguenze locali. A questo fattore locale l'autore ha dato li nome di «fattore X» e ritiene che l'attacco gottoso sia dovuto all'accumulo in un punto dell'organismo di determinati prodotti del ricambio che alla lor volta, determinano la precipitazione dell'acido urico presente in eccesso, ed i conseguenti processi infiammatorii o, nei casi più gravi, necrotici. La teoria, dell'A. che considera il fattore X dipendente dal ricambio del connettivo, non è stata infirmata dalle ricerche più recenti. Quanto al fattore umorale stanno ancora di contro la teoria renale o della ritenzione, e quella che ritiene le alterazioni umorali conseguenza di un'alterazione del ricambio in senso stretto, cioè dell'azione dei fermenti. La teoria renale più antica, è stata recentemente modificata dal Thannhauser, che vede la causa della ritenzione dell'acido urico nell'alterazione di una speciale funzione urico-secretoria del rene, quando almeno non vi siano segni di una manifesta affezione renale (gotta «costituzionale» in contrapposto alla gotta renale «secondaria»). La seconda teoria è sostenuta principalmente da Brugsch e Schittenhelen. Umber e Gudzent sostengono una terza teoria in un certo senso contrapposta alle due precedenti; in quanto attribuiscono scarsa importanza al fattore umorale, e ritengono fondamentale il momento istogeno, cioè l'avidità dei tessuti per l'acido urico (uratoistechia). Brugsch ha recentemente richiamata l'attenzione sull'importanza del sistema nervoso centrale che eserciterebbe la sua influenza attraverso lo splancnico.

Queste discussioni non hanno un valore puramente teorico: chè, p. e., se fosse vero che il fattore umorale avesse scarsa o nessuna importanza, non vi sarebbe alcuna ragione di limitare notevolmente l'introduzione dei corpi purinici, e tutto si ridurrebbe a combattere il fattore locale, istogeno. Questo fattore purtroppo, ancor oggi è in gran parte un fattore X. Bechold pensa a fenomeni colloidali. Vantoghem, Silbergleit ed altri, in esperimenti sugli animali, hanno visto che l'acido urico iniettato sotto cute precipita solo quando si introducono negli animali grandi quantità di alcalini. Ma nè questi nè altri risultati o ipotesi valgono a indirizzare la nostra terapia dietetica; e neppure la conoscenza di una diminuzione pre- o postcritica e di un aumento critico della eliminazione dell'acido urico. L'insorgenza degli attacchi gottosi durante una degenza in letto fa considerare all'A. l'importanza di disturbi locali della circolazione. Certo è, secondo l'A. che i momenti che determinano l'attacco possono essere di diversa natura. Anche il fattore umorale non è sempre in rapporto con fenomeni di ritenzione: ma talvolta di sopraproduzione (leucemia, polmonite). D'altra parte Joel ritiene che le sostanze puriniche alimentari non rappresentino soltanto un materiale per la formazione di acido urico, ma anche uno stimolo per la formazione di acido urico endogeno. Occorre anche notare che a determinare le manifestazioni cliniche della gotta intervengono non soltanto le sostanze puriniche dell'alimentazione ed eventuali alterazioni del ricambio minerale, ma anche il valore complessivo dell'alimentazione. È appunto alla diminuzione complessiva del cibo, e non tanto alla scarsezza della carne che è dovuta la diminuzione della gotta durante la guerra. Questa influenza della nutrizione abbondante era del resto già nota a Sydenham.

Dal punto di vista della dietoterapia due sono gli obiettivi da raggiungere: combattere la diatesi, cioè il fattore umorale, e combattere il fattore locale.

Per il primo scopo la dieta priva o povera di corpi purinici conserva tutta la sua importanza. Questa dieta non si identifica però affatto con una dieta vegetariana, perchè tutta una serie di vegetali (spinaci, piselli, lenticchie, fagioli, ecc.) contiene delle quantità non trascurabili di corpi purinici, che possono raggiungere quelle della carne. È meglio dare a questa dieta il nome di dieta priva di carne, comprendendo sotto questo nome anche i pesci e gli uccelli. I più ricchi di sostanze puriniche sono i tessuti viscerali ricchi di nuclei: reni, fegato, polmoni, cervello che contengono da 8 a 10 volte più corpi purinici della carne di manzo. Le varie carni di manzo, di vitello, delle varie selvaggine e di molti pesci, hanno presso a poco lo stesso contenuto di sostanze puriniche. Molto ricco di queste è l'estratto di carne. La carne bollita è più povera di corpi purinici di quella arrostita. La dieta povera di sostanze puriniche deve quindi avere una composizione ben determinata, nella quale entrano principalmente latte, uova, pane, farina, frutta, insalata, e quelle verdure che non rientrano fra quelle sopracitate: oltre alle quantità necessarie di grassi.

Fra le minestre si permetteranno quelle di latte, di frutti, di farina. Il the, il caffè, il cacao e la cioccolata non possono essere concessi senza limitazione, perchè nell'organismo la caffeina può essere più o meno completamente demetilizzata. Secondo Thannhauser,

invece nell'organismo la trasformazione delle metilpurine in ossipurine è scarsissima e perciò l'uso del caffè e del thè può essere concesso senza limitazioni.

L'ideale di questa dietoterapia sarebbe che essa fosse continua: ma ciò non è possibile e neppure sempre necessario. Bisogna quindi stabilire una dieta povera di sostanze puriniche da osservare costantemente, e nella quale si intercalano delle giornate o delle settimane con una dieta nella quale le sostanze puriniche sono ancora più scarse (Purinkarenz-tagen, risp-Wochen). La frequenza di queste giornate si deve determinare caso per caso, in base alla presenza o meno di manifestazioni cliniche, al contenuto di acido urico del sangue, ecc. Di solito sarà opportuno di alternare due giorni con carne (da prendere possibilmente bollita ed in un solo pasto) e due giorni senza: riservando l'applicazione delle settimane di dieta più rigida per quando minacciano gli attacchi. Le cure di frutta — specialmente il limone è stato per un certo tempo assai adoperato — non hanno particolare efficacia, ma presentano il vantaggio di una dieta relativamente povera di albumina, che può essere opportuna per alcuni gottosi.

Quanto alla maniera di combattere il fattore locale, essa è ancora più problematica. Come norme in gran parte empiriche si può raccomandare di evitare gli abusi alcoolici, ed in generale gli eccessi dietetici e specialmente l'introduzone abbondante di sostanze puriniche. Altri principii fondamentali debbono essere quelli di risparmiare il rene e di mantenere una misura in tutto: l'efficacia di quest'ultima prescrizione è dimostrata chiaramente dalla guerra. In qualche caso invece di iponutrizione ed indebolimento sarà opportuna una certa sovralimentazione. Ma quello che bisogna tener sempre presente è la necessità di individualizzare la cura dietetica del gottoso: e di far precedere alla prescrizione dietetica una diagnosi esatta e precisa, per evitare spiacevoli limitazioni ad individui affetti da altre malattie articolari croniche.

E. SERENI.

CHIRURGIA.

Rotulectomia. Trapianto d'una rotula del cadavere con i suoi legamenti fissati in alcool. Risultati dopo quattro anni.

(GRÉGOIRE R. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie. Tome XLIX, n. 8. 6 marzo 1923).

L'A. presenta a nome di Delrez (Liegi) delle radiografie che si riferiscono ad un ferito di guerra dallo stesso chirurgo di Liegi operato da 4 anni.

Il soldato V. Th., ferito il 25 settembre 1918 con lesioni multiple, ed operato 48 ore dopo. Una delle sue scheggie di granata era penetrata nel ginocchio destro dalla sua faccia anteriore, fracassando la rotula, e restando in cavità articolare. Femore e tibia intatti, rotula frantumata in piccolissimi pezzi; sinoviale rossa tumefatta. Estrazione della scheggia metallica e dei frammenti rotulei, ricostruzione della capsula, sutura del tendine dal quadricipite al tendine rotuleo con filo di bronzo; riunione per prima.

Verso il 10° giorno movimenti piccolissimi. Il 10 gennaio 1919 deambulazione difettosissima, flessione attiva quasi nulla, passiva di 18°-20°. Il 13 gennaio 1919 Delrez preleva asetticamente su un cadavere fresco le due rotule; quella di destra con il legamento rotuleo, il ligamento del quadricipite, i ligamenti grassi e laterali per una larghezza di cm. 1 ½, le punte dell'ala e la capsula doppia della sinoviale: il tutto fissa in alcool a 80°. Il 16 gennaio 1919 trapianto rotuleo; escissione della cicatrice cutanea, scollamento della pelle verso l'alto e sopratutto in basso; asportazione del filo di bronzo; sezione della cicatrice tra tendine rotuleo e del quadricipite, liberi da aderenze in profondità. Articolazione, ligamenti crociati e grassi, menischi intatti. Isolamento del tendine rotuleo e del quadricipite, il quale ultimo si taglia verticalmente per metà per 5-6 cm. Flessione a 90° del ginocchio. Il trapianto viene immerso prima dell'uso in soluzione fisiologica per mezz'ora; liberato dei legamenti grassi, superflui, il tendine rotuleo morto si interna al moncone vivo con catgut; il tendine grasso vivo si fissa al becco della rotula; il tendine del quadricipite tagliato a triangolo col suo apice viene fissato tra le due labbra del tendine del quadricipite vivente, suturato con catgut; sui lati la breccia interna è chiusa suturando la capsula vivente (con la sinoviale) alle francie capsulo-sinoviali morte che debordano dalla rotula trapiantata; sul lato esterno, mancando la stoffa resta un orifizio di 2-3 cm. Sutura completa della cute. Guarigione per primam senza alcuna reazione.

Dopo 4 anni, dicembre 1922, estensione attiva del ginocchio totale; flessione attiva fino all'angolo retto; movimenti accompagnati da crepitazione leggera, indolente. Tono muscolare normale; poco minore (2 cm.) il perimetro della coscia dell'arto operato; rotula a livello normale, ben applicata sui condili, così mobile come la sana. Deambulazione normale e possibile anche la corsa, senza limiti maggiori che prima della ferita. All'esame radiologico la rotula trapiantata è perfettamente sana, e vi si riconoscono anche le travate ossee; la faccia profonda della rotula si adatta perfettamente nello spazio intercondiloideo. Sulla faccia anteriore piccole irregolarità trascurabili.

D. JURA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. ARMANDO ALBANESE. *Ricerche e studi sul morbo di Pott* (Palermo, Stab. d'Arti Grafiche, 1923).

Sotto tale titolo l'A. ha riunito alcune ricerche, da lui fatte nella Clinica ortopedica e traumatologica della R. Università di Roma, sulla fisiopatologia e sul trattamento della spondilite tubercolare.

Nel 1° capitolo riporta ricerche sperimentali sulla resistenza meccanica della colonna vertebrale in rapporto al significato meccanico della sinostosi interspino-vertebrale.

Nel 2° capitolo prende a considerare le alterazioni scheletriche della colonna vertebrale nella evoluzione fisiopatologica della spondilite tubercolare (sulla base di 120 reperti che l'A. ha studiato in vari Musei patologici dell'Italia, dell'Austria, della Czeco-Slovacchia e della Germania).

I risultati di tale indagine portano alla conclusione che la guarigione del morbo di Pott può avvenire mediante un processo di riparazione ossea anteriore anche negli adulti; anchilosi somatica che si accompagna nella maggior parte dei casi (e sempre nei processi che abbiano determinata cifosi) a modificazioni notevoli del rachide posteriore, consistenti nell'anchilosi delle articolazioni (posteriori) e nel saldamento sinostotico delle lamine e talvolta anche delle apofisi spinose.

L'A. ritiene che l'anchilosi posteriore sia determinata, oltre che da un fattore meccanico-funzionale (dato dall'adattamento dei segmenti del rachide posteriore alle nuove esigenze statiche della colonna cifotica) anche da un fenomeno di reazione osteogenetica degli stessi segmenti posteriori allo stimolo proveniente dal focolaio flogistico somatico.

Il 3° capitolo studia la morfologia del gibbo da distruzione somatica in rapporto alla sede ed alla estensione della distruzione stessa: vi sono riferiti una serie di esperimenti condotti allo scopo di valutare il grado della cifosi in rapporto a quello del focolaio di distruzione del corpo vertebrale, comparativamente nelle diverse vertebre, completati dalla indagine radiografica dei preparati sperimentali. Da queste ricerche sperimentali viene data la ragione per la quale nella cifosi spondilitica può esser prominente a volta a volta la apofisi spinosa della vertebra cariata o quella della vertebra sovrastante al focolaio di carie.

Negli ultimi due capitoli, che svolgono la parte più interessante del lavoro, viene trattato degli interventi anchilosanti nella cura della spondilite tubercolare.

L'A., dopo di avere stabilito quale sia il criterio del trattamento del morbo di Pott in rapporto alle speciali indicazioni curative, e dopo di avere parlato del trattamento ortopedico incruento, fa la storia del trattamento chirurgico, soffermandosi in modo speciale sul processo Albee-de Quervain, e sui varii altri processi del metodo anchilosante, proposti dai varii operatori; passando sistematicamente in rassegna sia i giudizi favorevoli che le critiche, in modo da prospettare una visione completa delle conoscenze attuali sul trattamento moderno del morbo di Pott.

Segue quindi uno studio clinico su 19 pazienti, operati nella Clinica Ortopedica traumatologica di Roma da quel Direttore (16 casi secondo il processo di Albee, e 3 casi secondo il processo ideato dallo stesso prof. Dalla Vedova: questo processo, inedito, consista nel trapianto di un lembo periosteo a brattee osteotangenziali tra le apofisi spinose opportunamente preparate ad accoglierlo).

A tale studio clinico fanno seguito le ricerche sperimentali eseguite dall'A. allo scopo di analizzare direttamente i quesiti riguardanti tanto il trapianto della stecca alla Albee che il comportamento del trapianto periostale alla Dalla Vedova.

I reperti sperimentali sono stati argomento a studio istologico, radiologico e per taluni, biologico (con la colorazione intravitale di alizarina) dai primi giorni fino a 9 mesi dell'intervento.

Risulta dimostrato da tale studio che la stecca trapiantata attecchisce dal punto di vista citologico non da quello istologico; nel senso che il tessuto osseo del trapianto muore per la maggior parte, attecchiscono però singole cellule che si moltiplicano e prendono parte alla neoformazione ossea; questa proviene principalmente dai centri osteogeni dell'ospite. Gli esperimenti eseguiti col lembo plastico periosteo dimostrano una rigogliosa neoformazione in una stecca che viene a sostituirsi al sottile lembo trapiantato.

Sulla base degli elementi risultanti da questo studio clinico e sperimentale l'A. passa poi a discutere tutti i vari quesiti che si riferiscono al trattamento chirurgico anchilosante della spondilite tubercolare, il valore del trapianto agli effetti meccanici, l'utilità della anchilosi posteriore, il valore clinico dell'operazione di Albee, il valore pratico dell'intervento e viene infine alle conclusioni seguenti: Il trattamento della spondilite tuber-

colare può essere assolto chirurgicamente con un intervento di osteoplastica, diretta a provocare artificialmente il saldamento delle apofisi spinose e degli archi del segmento malato con i segmenti sani contigui.

La stecca trapiantata (secondo il processo di Albee) per quanto non possa riuscire a supplire che fino ad un certo grado la colonna anteriore di sostegno, favorisce ed affretta la anchilosi dei segmenti articolo-arcali e quindi raggiunge effettivamente lo scopo di costituire un tutore interno, assolvendo con ciò le indicazioni processuali di immobilizzazione e di scarico.

L'autoplastica a stecca unica può essere vantaggiosamente sostituita da quella periostea a brattee osteo-tangenziali.

L'intervento anchilosante, assolvendo le indicazioni processuali, determina le condizioni meccaniche più favorevoli perchè il processo volga a guarigione, se questa sia consentita dalle condizioni biologiche di resistenza e di reazione all'infezione: epperò la cura meccanica dovrà sempre essere favorita dalla valorizzazione di tutti i mezzi terapeutici, medicamentosi e fisici, ad azione generale e locale.

S. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria dell' 8 aprile 1923.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Nuovi acquisti sull'immunità istogena.

Prof. E. CENTANNI. — L'O. svolge largamente il problema della ipersensibilità e della immunità istogena, di cui si ha conoscenza meno completa che della immunità serica. L'O. porta tutti gli elementi sperimentali su cui poggia la concezione di difesa cellulare, naturale o acquisita, e mostra tutta la ripercussione che in patologia umana possono avere le nuove conquiste.

Chiede la parola il prof. SANARELLI, il quale vorrebbe una delucidazione sulla immunità di barriera, che egli è propenso a considerare come una accostumanza più che come una vera immunità.

Risponde il prof. CENTANNI enumerando gli argomenti che militano in favore del concetto della esistenza di una vera immunità di barriera.

Seduta ordinaria del 29 aprile 1923.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Azione antibacterica degli ioni metallici e delle radiazioni secondarie in rapporto alla dottrina della attività biologica specifica delle radiazioni.

Dott. S. ATTILI. — L'O. riferisce sue esperienze nelle radiazioni secondarie emesse da lamine metalliche di Ag., platino, rame su culture viventi, nelle quali si otteneva la sterilizzazione se la radiazione primaria veniva contenuta tra i 30 e 36 cm. di S. E. Con ioni metallici inoltre introdotti per mezzo della jonoforesi egli ha anche ottenuto la sterilizzazione delle culture. Secondo l'O. l'azione è da imputarsi alle radiazioni secondarie di fluorescenza.

Sopravvivenza decennale del vibrione colerico conservato in liquido peritoneale.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. illustra con le sue ricerche la sopravvivenza decennale del vibrione colerico, conservato in liquido peritoneale. Di 5 tubetti prelevati da peritoniti coleriche delle cavie e chiusi alla lampada egli ha potuto dimostrare in un tubetto la sopravvivenza del vibrione, che conservava i caratteri culturali e patogeni immutati.

La determinazione quantitativa dei pigmenti biliari nelle urine.

Prof. G. SABATINI. — L'O. svolge la sua comunicazione illustrando un metodo rapidissimo ed esatto per la determinazione della bilirubina urinaria. La determinazione per via colorimetrica si fonda sull'estrazione della biliverdina urinaria stabilizzata con alcool ottenuta col reattivo cloronitrico, e dal confronto con una soluzione controllo resa stabile con lo stesso metodo. Le titolazioni eseguite raggiungono un'esattezza che va fino alla quinta cifra decimale.

Su un caso di sifilide vescicale.

Dott. MANFREDO ASCOLI. — L'O. riferisce su un caso di sifilide vescicale e prende occasione dall'osservazione clinica per ricordare i varî quadri che la specifica lesione può determinare e per ricordare i sintomi capitali sui quali può essere impostata la diagnosi clinica.

Il prof. ARCANGELI prende la parola per completare il quadro clinico offerto dalla paziente, che fu in osservazione nel suo padiglione; il prof. CARRUCCIO per domandare se nella malata si trattava di sifilide acquisita od ereditaria, e per ricordare le localizzazioni primitive e secondarie della vescica; il prof. ALESSANDRI per insistere sulla diagnostica differenziale con le ulceri semplici.

Risponde l'O. al prof. Carruccio che il caso illustrato riguardava una malata affetta da lue ereditaria, che la lesione aveva l'aspetto delle manifestazioni terziarie, e che mancava ogni manifestazione secondaria.

Sulla resistenza all'invecchiamento di alcuni enzimi dell'orzo germogliato.

Prof. D. MAESTRINI. — L'O. riferisce le ricerche eseguite sugli enzimi dell'orzo germogliato e dice di aver trovato che alcuni di essi (amilasi, proteasi e catalasi) resistono all'invecchiamento, mentre le lipasi, l'emulsina e le ossidasi sono distrutte dopo appena un anno dall'invecchiamento.

I tipi di streptococco nell'endocardite maligna.

Dott. E. TRENTI. — L'O. riferisce su 6 casi di endocardite da streptococco di cui quattro con forma clinica di endocardite lenta, e due acuta. Solo in due casi di endocardite lenta fu isolato lo streptococco viridans, in altri due lo streptococco non emolitico, nelle due forme acute lo streptococco emolitico. L'O. passa in rivista le opinioni sull'unicità o pluralità di tipi di streptococco, mostrandosi proclive a ritenere che i varî tipi possano trasformarsi uno nell'altro.

Sulla patogenesi dell'infezione da virus di Danysz nelle arvicole.

Dott. A. ALESSANDRINI. — L'O. riferisce il risultato di esperienze, utili a dimostrare la patogenesi dell'infezione da virus di Danysz nelle arvicole. Egli ha trovato che l'infezione avviene per un processo simile a quello dimostrato dal Sanarelli a proposito dell'infezione colerica.

E. GROSSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 9 febbraio 1923.

Presidenza: BATTISTINI.

La Tubercolosi renale.

L. FERRIA. — L'O. si basa sulla esperienza di 126 casi di tubercolosi renale studiati nella Sezione Urologica dell'Ospedale di S. Giovanni in Torino da lui diretta. Essi hanno costituito la proporzione molto alta del 47 % di tutti i casi di affezioni suppurative del rene tenuti in osservazione o curati (269). La malattia fu riconosciuta monolaterale in 106 casi, e di questi 89 vennero operati di nefrectomia. La forma più frequente della lesione fu la ulcerocavernosa.

L'O. richiama l'attenzione sulle rare esclusioni parziali e sulle meno rare esclusioni totali del rene colpito, di cui riferisce alcuni esempi, attribuendo a queste forme la maggior parte, se non tutti, i pochi casi di guarigione clinica della tubercolosi renale, di cui si fa qualche volta parola La guarigione anatomica, sebbene ammissibile a priori, ha avuto finora delle osservazioni troppo scarse quando la evoluzione del tubercolo sia per poco progredita.

La vescica, a cominciare dagli sbocchi ureterali, è interessata almeno nell'80 % dei casi e precocemente, dando una impronta speciale al quadro clinico. È merito della cistoscopia aver saputo scoprire queste lesioni fin dal loro inizio e di avere con ciò contribuito a dimostrare che il decorso della tubercolosi renale è nella grandissima maggioranza dei casi discendente.

Nella sintomatologia le sofferenze vescicali prendono una posizione facilmente predominante e deviano troppo sovente l'attenzione del medico sulla vera diagnosi della malattia.

Le orine generalmente sono acide, specialmente quando trattasi di infezione tubercolare pura, ma quando si tratta di infezione mista possono anche essere alcaline appena emesse. La presenza di pus in quantità molto varia è costante. Così si può dire costante la presenza, almeno microscopica, di sangue. Nel decorso della malattia si possono poi riscontrare delle vere ematurie: in quattro casi l'O. le notò come fenomeno iniziale molti mesi prima di qualunque altro fenomeno.

Il sigillo della specificità è dato naturalmente dal reperto dei bacilli di Koch nelle orine. La loro ricerca fatta con metodo è più fruttuosa di quanto generalmente si usa dire: l'O. li riscontrò nell'84 % dei casi.

In contrasto colla vescica, il rene si fa poco o punto sentire in questa malattia: rare volte si hanno pseudocoliche. È da tener presente anche la possibilità di sensazioni dolorose vaghe dal lato sano per riflesso renorenale. La palpazione, positiva in molti casi, può in altri essere negativa od anche ingannatrice come quando un fegato ptosico rischi di far attribuire al rene destro un aumento di volume che non gli appartiene. Ha invece un grande valore diagnostico la constatazione di un uretere ingrossato ed indurito nella sua porzione pelvica, quando riesce ad essere fatta dal retto o dalla vagina.

La cura medica ed in modo particolare la cura specifica annoverano un numero insignificante di guarigioni indiscutibili, mentre rischiano di far perdere un tempo utile per la cura chirurgica permettendo, ove non riescano, l'estendersi ed il generalizzarsi della tubercolosi.

La possibilità della cura chirurgica risulta dalla constatazione della monolateralità dell'affezione e della integrità od almeno della sufficienza funzionale del rene da lasciare in sito. I mezzi migliori per accertarsi di queste condizioni fondamentali sono forniti dalla cistoscopia e dal cateterismo ureterale.

Ma quando il cateterismo ureterale non è possibile, può essere di prezioso aiuto la costante di Ambard opportunamente interpretata. In 11 casi in cui essa si rivelò inferiore a 0.100 l'O. procedette con pieno successo alla nefrectomia anche senza aver potuto riuscire nel cateterismo ureterale perchè ora la palpazione, ora la prova dell'indacocarmino, ora anche la doppia lombotomia esploratrice gli avevano egualmente permesso di assicurarsi che uno dei reni era profondamente alterato così da potersi attribuire la costante favorevole ad uno stato di sufficenza funzionale dell'altro rene.

Sopra le 89 nefrectomie l'O. conta 6 morti operatorie e 6 nei primi sei mesi dopo l'operazione. Nel decorso ulteriore della vita degli operati merita di essere rilevato il fatto che la morte per tubercolosi dell'altro rene figura come una causa molto rara (2 casi); più frequente è la morte per tubercolosi cronica degli organi della respirazione, per cachessia, per meningite, come egli osservò in 7 dei suoi ammalati. Questi erano stati operati in condizioni di tubercolosi vescicale avanzata che non aveva poi più potuto tornare a guarigione. Ciò conferma la necessità di non lasciar avanza-

re troppo la malattia verso le vie inferiori prima di intervenire.

Stabilita la diagnosi di tubercolosi renale, è nettamente indicata la nefrectomia se lo stato dell'altro rene la permette. È soltanto ammissibile che si soprassieda attenendosi alla cura medica nei casi ad evoluzione lenta accompagnata da un buono stato generale e se le vie inferiori non sono ancora intaccate.

Seduta del 16 febbraio 1923.

Presidenza: BATTISTINI.

Sul comportamento delle fibre a reticolo nel linfogranuloma.

MILONE. — Ha osservato che nel linfogranuloma collo scomparire degli elementi linfatici le fibre reticolari si ispessiscono a formare un reticolo con maglie irregolari e ampie, e col crescere del tessuto di granulazione il reticolo si allarga, e le sue fibre nel periodo in cui il tessuto di granulazione diminuisce fino a scomparire le fibre a reticolo formano l'unico costituente delle aree che macroscopicamente appaiono lardacee.

Trasformazione sarcomatosa di un lipoma mixomatoso.

BLAVET. — Presenta i preparati del suo interessante caso.

Seduta del 23 febbraio 1923.

Presidenza: BATTISTINI.

Sul valore della ricerca della bilirubina nel siero di sangue per la differenzazione degli itteri.

PIETRA. — Dalle sue osservazioni trae le seguenti conchiusioni:

1) la reazione di Hijmans v. den Bergh rappresenta un notevole sussidio diagnostico solo quando la si voglia considerare nella sua essenza (positiva o negativa, diretta o indiretta) e non si prendano a base di giudizio i tempi di comparsa della reazione;

2) essa non deve costituire criterio unico di diagnosi, ma va interpretata dalla valutazione di tutti gli elementi che sono in causa negli itteri;

3) dalla osservazione clinica degli itteri, condotta col sussidio di tutto il complesso di prove necessarie, due grandi categorie di ittero si possono stabilire: itteri da riassorbimento in cui qualunque sia il meccanismo primitivo di azione ostacolo meccanico oppure lesione o disturbo funzionale della cellula epatica (epatite o epatosi) si ha un passaggio, un riassorbimento in circolo di bile completa. Itteri emolitici in cui è in causa una aumentata distruzione di globuli rossi;

4) esiste realmente una diversità nel comportamento delle due bilirubine; funzionale e da stasi, legata probabilmente a un diverso stato di esse. L'ipotesi più probabile e più soddisfacente è che si tratti di una lieve differenza chimica e più precisamente che la bilirubina funzionale rappresenti un composto intermediario nella catena di trasformazione del pigmento ematico in pigmento biliare perfetto. Rappresenterebbe pertanto in confronto a quest'ultimo un prodotto meno elaborato forse un composto meno ossidato, uno stadio precedente di ossidazione. La definitiva trasformazione di bilirubina funzionale in pigmento biliare perfetto o bilirubina da stasi avviene nel fegato.

MICHELI. — Limitandosi puramente al lato clinico della questione rileva che attraverso le metodiche diligenti ricerche del Pietra, non può negarsi alla reazione di v. den Bergh un alto valore clinico.

La constatazione della reazione diretta o indiretta nel siero di sangue dei singoli casi non solo ci permette di valutare con maggior precisione, assieme agli altri dati dell'esame obbiettivo e funzionale la natura e l'origine dell'ittero, ma qualche volta la constatazione della reazione indiretta può orientare verso la diagnosi di ittero emolitico dei casi che clinicamente potrebbero essere interpretati diversamente.

PIETRO SISTO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 4 maggio 1923.

Sulla infezione erpetica sperimentale.

VERATTI e SALA comunicano i primi risultati di una serie di esperienze su cinque diversi ceppi di virus erpetico in parte isolati da loro da individui sani od ammalati ed in parte avuti da altri ricercatori. Tutte le esperienze furono fatte sul coniglio e si estesero ad oltre un centinaio di animali.

Gli autori, dopo avere riassunto in un quadro sintetico le svariate manifestazioni cliniche della malattia e le alterazioni istopatologiche, insistendo sulle differenze notevoli fra caso e caso e tentando di fissare le linee fondamentali di un raggruppamento sistematico dei diversi tipi, specialmente dal punto di vista istopatologico, espongono i reperti ottenuti inoculando la malattia per vie fino ad ora non usate e precisamente per la via del polmone e del midollo spinale e studiano le condizioni necessarie per rendere l'organismo accessibile all'infezione per la via delle vene. Gli animali inoculati nel polmone attraverso la trachea muoiono colla sindrome abituale a carico del sistema nervoso centrale e presentano una lesione polmonare di carattere emorragico; quelli inoculati nel midollo offrono un quadro tipico di paralisi ascendente e lesioni molto caratteristiche di mielite a focolai multipli con modalità diverse dal punto di vista istopatologico da quelle presentate dagli animali morti per iniezione di virus nel cervello.

Un secondo gruppo di esperienze riguarda il problema della filtrabilità del virus erpetico: gli AA.

confermano la possibilità di ottenere con sicurezza l'infezione nel coniglio con virus filtrato attraverso candela Chamberland con tutti i necessari controlli e spiegano le contraddizioni esistenti fra le diverse esperienze registrate nella letteratura sull'argomento mettendole in rapporto col diverso grado di diluizione del virus e dimostrano come colla concentrazione nel vuoto dei filtrati si possa ottenere un materiale infettante della massima virulenza. Accennano poi alla diffusione del virus nell'organismo confermandone la presenza nel sangue e nella gh. salivale e da ultimo ad alcuni tentativi di immunizzazione e di cura della malattia con esito negativo.

Sul beri-beri sperimentale dei piccioni con particolare riguardo alla anatomia patologica.

Riquier G. C. — L'O. comunica sinteticamente i risultati delle sue indagini cliniche ed anatomopatologiche sulla polinevrite da riso brillato nei piccioni; risultati che in parte sono già stati riferiti da O. Rossi fin dal 1915 e 1920 in «*Quaderni di Psichiatria*».

In base ai reperti ottenuti col sussidio di fini metodi istologici nel sistema nervoso e negli organi interni risulterebbe che il substrato anatomopatologico della sindrome clinica acuta provocata nei piccioni dalla alimentazione esclusiva con riso brillato, mais decorticato, frumento intero tenuto per un'ora e mezzo a 145° in stufa a secco, è fondamentalmente costituito da alterazioni degenerative dei nervi periferici a tipo segmentario periassile.

L'O. illustrerà estesamente le sue conclusioni in un lavoro di prossima pubblicazione.

Metodi di ricerca della spirocheta pallida nel cervello di paralitici progressivi.

G. C. Peracchia. — L'O. fa anzitutto osservare come il reperto negativo di spirochete in cervelli presi anche dopo 48-72 ore dalla morte del paz. non sia dovuto a fenomeni cadaverici provocanti la distruzione delle spirochete. Asserisce che questi parassiti esistono anche in tale epoca, e che dobbiamo alle insufficienti ricerche (cioè su parte minima di tessuto cerebrale) un esito infausto. Rileva l'importanza della scelta dei pezzi; consigliando la esclusione dalle ricerche dei tratti di corteccia più alterati, ove le spirochete con probabilità non esistono per essere passate in tessuti più adatti per la loro vita. Infine cita i metodi d'impregnazione per tali parassiti, escludendone alcuni troppo lunghi, e che necessitano passaggi in troppi reattivi puri che agiscono deteriorando germi e tessuto. Trova adatti i metodi di Jahnel, riducendo in essi a minor tempo la permanenza dei pezzi in uranio, alcool e nitrato d'argento. Trova consigliabile pure il metodo di Bertarelli-Volpino se si fa seguire alla fissazione il passaggio per un'ora circa in solfato di rame, come pure quelle del Fagnana per reticoli, fissando i tessuti in piridina. Con questi metodi l'O. ebbe risultati positivi su 24 dei 52 casi esaminati e con preparati microscopici fa osservare come siano più dimostrabili i rapporti tra elementi nervosi, tessuto nervoso, vasi e le spirochete.

Focolai spirochetici e localizzazioni nell'encefalo dei paralitici.

G. C. Peracchia. — L'O. riferisce sulla disposizione del parassita luetico nel cervello: la predilezione per le zone anteriori e del Corpo d'Ammone. Inoltre la possibilità di trovarlo localizzato talvolta in regioni che già la sintomatologia del paziente aveva preannunciato. Passa in rapido esame le forme atipiche di spirochete trovate; la localizzazione molte volte di esse nelle cellule nervose come attorno ai vasi e nella parete vasale stessa. Infine parla della diversa colorazione che mostrano focolai diversi di spirochete (osservate a piccolissimo ingrandimento) mettendo in rapporto questo fatto con una possibile diversità delle spirochete del primo sviluppo a quelle dei periodi avanzati ed in via di involuzione. Fa osservare a grandi ingrandimenti le spirochete dei focolai ben colorati ove sono ben conservati, i parassiti; ponendo a confronto altri preparati di focolai pallidamente colorati in cui le singole spirochete si presentano nella massima parte ischeletrite, altre hanno perso la forma a spirale, ed altre ancora che vanno trasformandosi in granuli.

Dott. Francesco Ricci.

Ordine dei Medici della provincia di Padova.

X *Conversazione scientifica* (10 *marzo* 1923).

Cure febbrili infettanti con particolare riguardo a quelle eseguite con ceppi plasmodici.

Prof. Oddo Casagrandi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova. — L'O. ricorda anzitutto i concetti, già espressi in altra conferenza, nei riguardi della proteinoterapia. Dice subito che le cure infettanti sono molto antiche, ma che soltanto in questi ultimi tempi hanno preso sviluppo all'infuori degli agenti etiologici, appartenenti al gruppo dei batteri, a proposito di tentativi, eseguiti in Austria e in Germania, per la cura delle psicosi e particolarmente della paralisi progressiva, con i parassiti della malaria e con quelli della febbre ricorrente.

Fa presente che le prime indagini terapeutiche con questi mezzi si devono al Wagner; che esse ebbero essenzialmente per questo Autore lo scopo di provocare quel complesso sintomatologico, comune a tutti i processi infettivi, ritenuto come agente di difesa superiore a tutti gli altri, la febbre.

Espone i concetti moderni in rapporto agli *ictus* anafilattici e anafilatoidi, e gli esiti colloidoclasici che in effetto si raggiungono.

Riassume brevemente le terapie infettanti eseguite coi Tripanosomi, e quelle eseguite con Spirocheti, concludendo per la negatività delle une e delle altre, dato che in tutte si adoperano virus,

i quali facilmente si adattano a vivere nell'organismo, indipendentemente da qualunque ictus e subentra poi la difficoltà di sradicare tal genere di infezione.

Dopo di che entra a parlare della terapia malarica. Accenna agli studi del Wagner, del Doerr e di altri sul *Plasmodium vivax,* causa della terzana, preferito a tutti gli altri plasmodi, e ferma l'attenzione sulla proprietà, che dovrebbe avere il ceppo malarico ematico terzanario, per essere veramente adatto allo scopo: *fissità di virulenza, effetto sicuro costante, proprietà auto-immunizzanti,* ecc. Riferendo senz'altro gli studi sul ceppo M H del Doerr, derivato da una terzana primitiva, passato per 23 individui e avente subìto 240 generazioni, fa rilevare come gli accessi febbrili normali, semplici o doppi, si sono presentati commisti ad accessi diversi anteponenti o postponenti. Fatto che, essendo stato riconfermato nel modo di comportarsi di diversi altri ceppi plasmodici, ha condotto gli studiosi ad ammettere la necessità che il ceppo ematico terapeutico malarico, debba avere la proprietà di condurre alla interferenza delle schizogonie pirogene. Egli combatte però l'esistenza di questa legge ritenendola legata a una concezione errata di uno sviluppo sincronico degli schizonti della malaria inoculata dalle anopheles e da un uguale errata concezione del modo di penetrare in circolo dei Plasmodi dopo essere stati inoculati nel sottocutaneo.

Passa quindi a discutere sulla particolare sensibilità al chinino che dovrebbero avere i ceppi ematici terapeutici, secondo gli Autori, tanto da essere possibile una *sterilitatio magna* con pochi grammi di chinino e non aversi recidive per anni anche sotto l'azione di alcuni agenti mobilitanti i parassiti malarici. Egli però mette in evidenza casi letali, anemie, successioni morbose svariate nel corso di tali terapie, che stanno a parlare contro la sensibilità dei parassiti all'azione del chinino.

Richiama anche l'attenzione sulla presupposta virulenza fissa, acquistata dai detti ceppi terapeutici con varî passaggi: secondo i concetti del Wagner, si poteva infatti pensare alla possibilità di ottenere con passaggi successivi un virus fisso terzenario in analogia a quello della rabbia. Tutti gli Autori, egli dice, hanno ritrovato invece che il periodo di incubazione, qualunque fosse il ceppo plasmodico usato, variava entro termini molto grandi, giorni e settimane, tenendo ben, s'intende, presente il solo reperto plasmodico del sangue periferico: chè ove si volesse considerare quello degli organi interni, non sarebbe neppure possibile accennare a limiti. Fa notare come proprio questa difficoltà di fissare il periodo d'incubazione abbia indotto a sperimentare con diversi tipi plasmodici non solo di terzana, ma di quartana e di estivo-autunnale, esperimenti che da un canto svelavano nel 15 % dei trattati refrattarietà temporanea e qualche volta persistente, e dall'altro rilevavano effettivamente il grande pericolo di provocare fenomeni gravissimi non solo col parassita della febbre estivo-autunnale, ma anche con quello della quartana, con reperti necroscopici, rilevanti all'autopsia persino gli esiti di una malaria grave.

Si è così ben lontani, egli dice, da un agente infettante, autoimmunizzante, prova ne sia la notevole quantità di chinino che viene data ai malati, per troncare gli accessi, quantità non mai inferiore ai 15-18 gr. per la terzana e quartana, ai 30 gr. per l'estivo-autunnale.

Termina infine formando l'attenzione sulla possibilità di provocare dei focolai malarici, per il gran numero di gametici che si verrebbero artificialmente a produrre, specie nei luoghi anofelici, e sulla possibilità del pericolo di infettare di febbri malariche maligne gli individui trattati anche con ceppi ematici malarici benigni, poichè l'unicità del parassita morfologica e clinica, affermata da questi terapisti, non risponde alle loro risultanze portate nel campo biologico, il quale ammette la possibilità della formazione di ibridi e quindi schizonti di un'altra varietà plasmodica a seconda dell'origine dell'oocinete se da gameti omologhi o eterologhi.

Mühlens e Kirschbaum infatti nel corso di un trattamento con salvarsan di una terzana benigna videro ad un tratto svilupparsi una terzana grave da *Plasmodium immaculatum* ed individuarsi una febbre tropica che decorse grave e minacciosa.

Conclude perciò col dire che un tal genere di terapia deve essere abbandonato, portando essa nell'infermo un'infezione sempre grave di per sè o per le sue successioni morbose; la malaria, che per di più rientra nel grande quadro delle malattie sociali i cui focolai è dovere di spegnere e non di alimentare.

Sostiene che tal genere di cure escono dal campo della medicina per entrare in quella del magistrato, al quale spetta di giudicare se il consenso richiesto al paziente e ai congiunti per queste cure infettanti fatte dal medico, rappresenti invece che un atto di carità, un atto da condannarsi.

Prendono la parola il dott. Germani e il prof. Borgherini ai quali esaurientemente risponde il relatore.

Dott. Cappuccio, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA SCHELETRICO.

L'osteo-artrite tubercolare della sinfisi pubica.

Si riscontra in tutte le età; nei ragazzi le lesioni hanno sede per lo più in vicinanza dell'articolazione coxo-femorale, negli adulti di solito presso la sinfisi; è un poco più frequente nel sesso maschile. Dal punto di vista eziologico ha scarsa importanza il traumatismo; sulla evoluzione esercitano indubbia azione la gravidanza ed il parto.

L'inizio è spesso insidioso, mancano di solito dolori ed altri sintomi subbiettivi e la lesione si rivela con la comparsa di una fistola; in qualche caso vi sono dolori talvolta a distanza; rari sono i disturbi del camminare e l'attitudine viziosa degli arti inferiori. La palpazione permette di svelare un dolore alla pressione nell'interlinea sinfisaria o ad uno dei due angoli del pube, dolore che può essere messo in evidenza per mezzo di pressioni o trazioni esercitate a distanza sul bacino (spine iliache antero-superiori). Si potrà notare un aumento di volume dell'osso e, nella donna, col riscontro vaginale, un punto doloroso retropubico; sono eccezionali la tumefazione dei tessuti periarticolari e l'adenite inguinale; l'eventuale ascesso si fa strada di solito nella piega genito-crurale o verso il triangolo di Scarpa; spesso tali ascessi sono bilaterali. Prima o poi avviene la fistolizzazione e la direzione del tramite permette il più delle volte di sospettarne l'origine; il mezzo di investigazione più utile e preciso è la radiografia con cui si possono identificare casi che sarebbero altrimenti passati sconosciuti. Come complicazioni possono menzionarsi quelle uretro-vaginali e la rottura della sinfisi, che si verifica più spesso nel parto.

Nella diagnosi si devono tener presenti specialmente il morbo di Pott e la coxite; in quest'ultima il dolore è più vivo e si accompagna frequentemente alla gonalgia caratteristica. Comparso l'ascesso freddo, si dovrà differenziare, se è al disotto del pube dall'ernia crurale e dall'adenite bacillare, se è al disopra dal flemmone idiopatico della cavità del Retzius e dalla miosite infettiva delle pareti addominali, consecutiva a rottura muscolare od a febbre tifoide. Per quanto riguarda la cura G. F. (*Pensiero medico*, 28 aprile 1923), nei casi recenti senza dolore nè suppurazione, senza sequestri consiglia la semplice immobilizzazione sopra un letto trasportabile e duro ed il trattamento climatico delle tubercolosi esterne. Quando si sia formata una collezione purulenta, le punture evacuanti seguite da iniezioni modificatrici o sclerogene, non fanno che ritardare l'intervento chirurgico, il quale consisterà nell'estrazione del sequestro, nello scucchiaiamento e nella cauterizzazione al cloriro di zinco; è consigliabile suturare l'incisione, lasciando aperto il solo tragitto fistoloso che cicatrizzerà per seconda intenzione.

A. Z.

Le fratture isolate delle apofisi trasverse lombari.

Queste fratture, appena menzionate nei trattati, sono il più spesso misconosciute e vengono di solito ritenute come lombaggini traumatiche. Oudard e Jean (rif. in *Journal des praticiens*, 24 febbraio 1923) asseriscono che esse sono riconoscibili per una sindrome speciale che permette di distinguerle da tutte le altre affezioni della colonna lombare. In occasione di uno sforzo violento per sollevare un peso, oppure per un urto od una caduta sul dorso, il paziente avverte ai lombi un dolore vivo che si esagera con i minimi movimenti ed esige il riposo a letto; i dolori si irradiano alla coscia, alla gamba, portando la flessione della coscia sul bacino. Talvolta il dolore lombare si attenua in qualche ora, il più spesso persiste con lo stesso carattere acuto per 2-3 giorni e non permette che in seguito i primi movimenti spontanei. In questo primo periodo; la palpazione determina un dolore vivissimo che si accompagna a contrattura dei muscoli lombari; il dolore è massimo in un punto determinato corrispondente alla sede della frattura (subito sotto la 12ª costa se si tratta della prima lombare, subito sopra l'articolazione sacro-iliaca se la frattura riguarda la 5ª apofisi). Non si osservano di solito ecchimosi, o deformazioni, ma in quasi tutti i casi, *una scoliosi a concavità dal lato leso* l'individuo tiene la colonna vertebrale in estensione inclinandola leggermente dal lato della lesione ossea, attitudine di difesa che ha per effetto di rilasciare i muscoli che si inseriscono sulle apofisi lese. Particolarmente dolorosi sono i movimenti di inclinazione dal lato opposto alla frattura. Dopo qualche giorno il cammino è possibile, ma assai penoso; dopo 2-3 settimane il paziente può riprendere le sue occupazioni, ma conserva una dolenzia persistente alla regione lombare; è stata osservata, come complicazione eccezionale, la necrosi del fram-

mento. La radiografia permette di non lasciare passare inavvertita la lesione; l'immobilizzazione in letto è per lo più sufficiente; in caso di infezione a focolaio o di dolori persistenti e vivi, si interverrà sopprimendo l'apofisi fratturata.

fil.

SECREZIONI INTERNE.

La preparazione degli estratti ipofisari.

L'ipofisi o ghiandola pituitaria che nell'uomo pesa 35-45 cg. è un organo situato alla base dell'encefalo e connesso alla faccia inferiore del *tuber cinereum* per mezzo di un peduncolo che lo fa rassomigliare ad un frutto; essa è in rapporto diretto con la sella turcica ed è separata dal *tuber cinereum* e dal chiasma ottico per mezzo di un diaframma della dura madre, la tenda dell'ipofisi. Gli estratti si allestiscono partendo dalle ghiandole prelevate dagli animali da macello specialmente dal bue. La testa viene fenduta per metà ed il macellaio ha l'accorgimento di allontanare il coltello dal piano sagittale quando si trova vicino alla base del cranio altrimenti correrebbe il rischio di ledere l'ipofisi e di renderne impossibile l'estrazione e la dissezione.

Secondo quanto riferisce A. Choay (*Presse médicale*, 7 febbraio 1923) nei macelli parigini l'estrazione è affidata a donne specializzate in materia; le quali, dopo che la testa è stata vuotata della massa encefalica, sezionano circolarmente la tenda dell'ipofisi per mezzo di un coltello puntuto e ben affilato e la ghiandola cade allora dalla sua loggia ossea. Le ipofisi vengono raccolte in scatole metalliche sterilizzate con l'ebollizione o con la sfiammatura; in seguito vengono dissecate liberandole dal sangue coagulato, da frammenti di dura madre, di osso, di vasi ed alfine sono enucleate dal loro involucro fibroso; appaiono allora i due lobi, l'anteriore più grosso, allungato dall'avanti all'indietro, regolarmente convesso con un'incisura posteriore che contiene il lobo posteriore, più piccolo, foggiato a clava, che si continua col peduncolo che per lo più è rotto nelle manovre di prelevamento.

Nel solco fra i due lobi si trova una speciale formazione anista, talvolta a consistenza gelatinosa. Nel bue il peso della ghiandola totale oscilla da 1 a 3 grammi, senza essere in rapporto con la grossezza dell'animale; in media il peso è di gr. 2.20; con il disseccamento si ha una perdita di peso del 78 %, ottenendosi così per ogni ghiandola gr. 0.48, di cui gr. 0.40 per il lobo anteriore e gr. 0.08 per il posteriore. Secondo le diverse fabbriche le preparazioni ipofisarie vengono date sia in unità (una ghiandola, mezza, ecc., intendendosi come ghiandola media) sia in peso di organo fresco o disseccato; p. es.: un mezzo lobo posteriore corrisponde a gr. 0.05 di estratto secco (arrotondando a gr. 0.10 lo estratto secco di tutto il lobo; è questo il titolo più usato per applicazioni in ostetricia, ginecologia, nel diabete insipido, nelle emottisi. Le diverse preparazioni comprendono gli estratti del lobo posteriore (i più usati) dell'anteriore e della ghiandola totale. La ghiandola può anche essere estratta dal cavallo, in cui pesa in media gr. 1.80 e dà gr. 0.40 di estratto secco; la manipolazione però è difficile e non è possibile la separazione dei due lobi, sicchè essa non può essere utilizzata che per la preparazione dell'estratto totale. Nel montone la ghiandola pesa in media gr. 0.60 e dà gr. 0.13 di estratto secco, nel majale essa misura meno di 8 mm. nella dimensione più grande, pesa gr. 0.22 e dà 0.05 di estratto secco.

fil.

L'insulina nel diabete.

L'insulina si ottiene mediante l'estrazione del pancreas; se ne fa poi una soluzione in acqua con una traccia di antisettico; le fiale vanno tenute al fresco. Se ne praticano iniezioni sottocutanee al braccio con un ago piuttosto fino. La dose unitaria non è riferita al peso della sostanza originale, ma viene determinata dalla quantità necessaria per ridurre a 0.04 % lo zucchero sanguigno di un coniglio digiunante del peso di 2 kg.; v'è una percentuale di zucchero sanguigno in cui si manifestano convulsioni, effetto prodotto da tre unità; il coniglio viene poi salvato con iniezione endovenosa di glucosio; nell'uomo la dose media da somministrarsi è di 10 unità.

Secondo una relazione al Medical Research Council (*British med. Journal*, 1923, pag. 237), con l'uso dell'insulina si ottennero, in una cinquantina di diabetici, risultati veramente notevoli; ad ogni iniezione lo zucchero del sangue diminuì rapidamente, quello dell'urina non comparve nonostante una dieta con una quantità di idrati di carbonio tripla o quadrupla di quella precedentemente tollerata; si notò aumento di peso con sensazione di calore e di energia, scomparvero dall'urina l'acetone e l'acido aceto-acetico.

Tre o quattro ore dopo l'iniezione, il paziente avverte un senso di debolezza, talvolta uno stato vertiginoso o tendenza allo sveni-

mento, in qualche caso intontimento od ansietà per la debolezza che si manifesta rapidamente; in tali condizioni lo zucchero del sangue si abbassa a 0,06-0,05 %; il paziente si rimette in 10-15 minuti se gli si dànno 10-20 grammi di glucosio, sciolti in poca acqua; nei casi in cui, per mancanza di sorveglianza, si ha perdita di coscienza, si ottiene un pronto ristabilimento con l'iniezione endovenosa di glucosio al 5 % in soluzione fisiologica. Tutti i disturbi si evitano anzitutto non somministrando l'insulina nei periodi di astinenza dal cibo, poi facendo prendere un pasto un quarto d'ora dopo l'iniezione, seguìto dopo 3-4 ore da un altro. E, appunto per lo stato di ipoglicemia che l'insulina provoca essa non va data alla cieca in tutti i diabetici; nei casi ordinarî basterà la restrizione della dieta con i periodi di digiuno; se invece il diabete dura da lungo tempo, se vi è eccesso di zucchero sanguigno ed il paziente non tollera dopo il digiuno nemmeno una dieta con 1000 calorie al giorno, se il suo peso e le forze decadono continuamente, è indicata l'insulina. Questa però costituisce semplicemente un mezzo temporaneo per permettere al diabetico di introdurre una quantità di cibo maggiore di quella prima tollerata, senza comparsa di zucchero e di corpi acetonici nell'urina, in modo da potere così aumentare il peso e le forze; il suo effetto è però transitorio, essa non guarisce il diabete, ma permette nei casi gravi un prolungamento della vita ed una dieta più ampia a patto di continuare il trattamento. Nei casi gravi si possono dare 20-30 unità divise in 2-3 volte al giorno.

Nessun effetto si ottiene nel coma post-operativo ed effetti contradditorî nel coma diabetico ordinario; influenza favorevole si osserva nelle complicazioni del diabete, quali la sepsi e le neuriti periferiche.

fil.

SEMEIOTICA.

Per la diagnosi della malaria.

Il dott. Pagniello è ritornato, nel recente Congresso internazionale di medicina militare, sopra un segno assai caratteristico, atto a rivelare ed a scovrire l'infezione malarica. Egli l'aveva descritto già nel febbraio del 1920. Questo segno consiste in un dolore che si risveglia nel 9° spazio intercostale sinistro del paziente, fra la linea ascellare media e la posteriore, allorquando vi si esercita una moderata pressione col polpastrello del dito.

Un tale *punto dolorifico* è stato da lui costantemente ed esclusivamente riscontrato in tutti malarici, in maniera da permettere i seguenti postulati:

1. Il medico, tutte le volte che riscontra nel paziente il punto dolorifico, può presumere di trovarsi in presenza di un malarico.

2. Il punto dolorifico diventa assai prezioso per la diagnosi differenziale con altre malattie febbrili, perchè, in casi clinici con sintomatologia vaga e multiforme, esso depone per la malaria.

3. Diffondendo e volgarizzando la conoscenza di tale mezzo sarà dato di pensare alla malaria più spesso che non si faccia.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Diagnostica differenziale. — Al dott. D. G. G., abb. n. 1326:

Sono sempre consigliabili «La diagnostica differenziale» del Leube (ed. Vallardi) e «La diagnosi clinica delle malattie interne» del Ferrio (Società ed. Torinese). Ma devo notare che come non esiste e non può esistere un trattato di clinica medica, è ben difficile trovare un trattato che dia l'indirizzo *alla diagnostica del caso;* questi libri di diagnostica sistematica sono da paragonare a libri di patologia; essi avviano alla clinica e non sono la clinica.

Pontano.

Cura della epistassi. — Al dott. G. G., abb. n. 9357:

Non può esistere *un metodo di cura* della epistassi, dacchè le cause della epistassi sono molteplici; con la causa varia il mezzo di terapia.

t. p.

Sondaggio endocrino. — Al dott. A. A., abb. n. 6481:

Consigliamo Castellino e Pende: *Malattie del simpatico;* e Pende: *Endocrinologia;* opere entrambe edite dal Vallardi.

t. p.

Sul diabete mellito. — Al dott. G. A., abb. numero 2932:

Troverà quanto lei desidera o nel trattato di Umber sulle malattie della nutrizione (Società ed. Torinese) o nel 23° vol. della raccolta di Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix (Maloine ed., Parigi).

t. p.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Criteri e norme per la revisione degli organici degli enti locali.

Le finalità del decreto 27 maggio 1923, n. 1177.

Nella relazione esplicativa del decreto è detto, in sostanza, che l'obbligo della revisione dei regolamenti organici si riferisce specialmente alle amministrazioni di quegli enti che, durante la guerra e nel periodo post-bellico, assunsero personale oltre ogni limite di necessità o elevarono eccessivamente gli stipendi. Il comunicato ufficiale che annunciò le deliberazioni del Consiglio dei Ministri circa le norme del decreto e che fu riassunto largamente in questa rivista, accennò particolarmente alle situazioni che si erano costituite per effetto delle pressioni di classi e categorie organizzate in condizioni anormali della vita pubblica.

È, quindi, precisato e confermato che il Governo ha voluto provvedere, con norme eccezionali, a normalizzare rapporti di impiego e situazioni organiche subite o costituite dagli enti locali in condizioni eccezionali.

Da questa finalità essenziale deriva un criterio-limite che è necessario sia tenuto presente, anche perchè eventuali deviazioni ed esorbitanze costituirebbero eccesso di potere. Sarebbe contraria ai fini del decreto e ai limiti espressamente stabiliti la revisione delle situazioni costituite e consolidate in rapporto alle esigenze dei servizi e alla importanza delle funzioni affidate agli impiegati; sarebbe illegittimo il provvedimento che non fosse rigorosamente determinato da necessità ed utilità *obbiettive, reali* ed *effettive* inerenti alle esigenze del servizio pubblico e risultasse invece motivato da considerazioni d'ordine soggettivo o, peggio, dissimulasse provvedimenti disciplinari o violazioni dei capitolati.

Il potere eccezionale attribuito agli enti locali ed ai Prefetti non può servire a fini diversi da quelli che ne legittimano l'esercizio: ogni deviazione aperta o larvata costituisce violazione di legge ed eccesso di potere.

La condizione speciale del personale sanitario.

Le norme del decreto riguardano tutto il personale dipendente dagli enti locali: segretari comunali, di opere pie, ecc., impiegati amministrativi e tecnici, maestri elementari, salariati.

Ma l'applicazione delle norme deve essere coordinata alla particolare condizione delle varie categorie di impiegati, ad alcune delle quali corrisponde uno stato giuridico ed economico speciale.

Il numero delle condotte medico-chirurgiche, la loro ripartizione nel territorio e la sede di ciascun sanitario sono stabiliti in rapporto alle esigenze dell'assistenza sanitaria, risultanti dal numero degli abitanti che *hanno diritto* alla cura gratuita e della estensione del territorio (art. 22 del regolamento 19 luglio 1906, n. 4261.

L'assistenza sanitaria ai poveri costituisce un *obbligo giuridico* del Comune — il quale deve provvedervi con sufficienza piena — ed è un diritto soggettivo del cittadino.

Per nessuna considerazione di economia è lecito ridurre il numero delle condotte necessarie ad un regolare *e completo* servizio di assistenza sanitaria.

La valutazione dei bisogni è discrezionale, entro certi limiti; ma è legittima presunzione di sufficienza e, quindi, di sistemazione non modificabile la organizzazione costituita da tempo, in condizioni normali. In questi ed in altri casi analoghi la revisione e la riduzione possono essere legittimate da circostanze e condizioni sopravvenute che abbiano modificato i presupposti dell'ordinamento già stabilito dal Comune, con approvazione della G. P. A. e in base al parere tecnico del Consiglio Provinciale di Sanità. Una formazione originariamente legittima, costituita dagli organi competenti consolidata ed acquisita può essere modificata se ed in quanto risultino *positivamente* circostanze sopravvenute che ne abbiano alterato la base e il rapporto originario tra il mezzo e il fine, fra la organizzazione e il bisogno.

Risoluzioni affrettate, esperimenti per tentativi di economie non sono ammissibili perchè si tratta di una delle forme più delicate dell'assistenza legale che è dovuta ai cittadini.

La misura dello stipendio è stabilita «al fine di assicurare un regolare e completo servizio di assistenza medico-chirurgica» (art. 26 del testo unico 1° agosto 1907, n. 636). La retribuzione economica ha, secondo il sistema della legge sanitaria, una caratteristica singolare: è essa stessa condizione e presupposto di una organizzazione atta a raggiungere il fine al quale è preordinata.

È necessario considerare questa destinazione dello stipendio e delle indennità accessorie in rapporto alle esigenze del servizio sanitario per subordinare ad esse eventuali propositi di economie.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Analoga è in molti casi, la condizione dei sanitari dipendenti da istituzioni pubbliche di beneficenza, specialmente se queste provvedano in tutto o in parte all'assistenza gratuita dei poveri.

Riduzione degli organici e degli stipendi.

L'art. 1° del decreto prevede la riduzione degli organici a degli stipendi «in relazione alle condizioni finanziarie dell'ente, *alle esigenze dei servizi e alla importanza delle attribuzioni affidate al personale*».

La soppressione dei posti esuberanti, con lo effetto della risoluzione dei rapporti d'impiego stabili, era ed è legittima anche in regime normale: per essa la novità consiste nell'obbligo fatto al Comune di provvedervi e nella sostituzione del Prefetto al Comune qualora questi non vi provveda nel termine di due mesi dalla data della pubblicazione del decreto.

Costituisce, invece, una novità la riduzione degli stipendi contrattualmente stabiliti e sin ora considerati irriducibili in forza del vincolo obbligatorio costituito fra ente e impiegato.

Ma è da ritenere che di questo potere grave ed eccezionale sarà fatto limitatissimo uso in confronto dei sanitari, sia per la destinazione caratteristica della retribuzione, già rilevata, in rapporto alle esigenze del servizio di assistenza medico-chirurgica e di vigilanza sanitaria e alla importanza delle relative funzioni sia perchè nè durante la guerra nè dopo si sono verificati eventi eccezionali, salve eventuali eccezioni per ripercussione indiretta, che abbiano imposto aumenti di stipendio non giustificati al personale sanitario.

Si deve, considerare, d'altra parte che le condizioni di caro-viveri sono purtroppo immutate se non aggravate e che la riduzione degli stipendi, nelle circostanze attuali e nella normalità dei casi, potrebbe pregiudicare i servizi sanitari.

La riduzione degli organici e degli stipendi non trova ostacolo giuridico in diritti quesiti, quale che sia la condizione del personale, stabile o assunto per tempo determinato.

Le attribuzioni del Comune sono circoscritte: *riduzione degli organici e degli stipendi.*

In forza del decreto 27 maggio non possono essere approvati provvedimenti di altra natura circa il rapporto di impiego, perchè il potere eccezionale conferito ai Comuni non comprende una vera e propria riforma organica, in senso ampio, ma è limitata alla riduzione dei posti esuberanti e degli stipendi eccessivi.

Oltre questo contenuto e fuori di questi limiti il provvedimento, *emanato in forza dei poteri eccezionali*, sarebbe illegittimo.

La riduzione dei posti e dello stipendio, costituendo una riforma del capitolato, deve essere approvata dalla G. P. A. a norma dell'articolo 31 del regolamento 19 luglio 1906, numero 446? Il dubbio è giustificato dal difetto di esplicite disposizioni del decreto.

Ma, come si concilia l'approvazione della G. P. A., sentito il parere del Consiglio sanitario provinciale, con la disposizione dell'art. 2 del decreto che attribuisce al Prefetto il potere di sostituzione, sentito l'Intendente di Finanza? Dal carattere eccezionale dell'attribuzione e dalla connessione della norma dell'art. 1 con quella dell'art. 2 si desumono serî argomenti per ritenere che la deliberazione dell'ente non sia soggetta ad approvazione tutoria, salva si intende la vigilanza giuridica che compete al Prefetto.

Questa soluzione corrisponde anche alla disposizione dell'art. 4 che ammette il solo rimedio del ricorso per illegittimità alla IVª Sezione contro i provvedimenti dell'ente locale o del Prefetto; se, invece, la deliberazione del Comune fosse soggetta all'approvazione tutoria sarebbe ammessibile, secondo il sistema normale, il ricorso in sede gerarchica.

Le norme relative al trattamento di riposo.

L'art. 1 lett. *b*) attribuisce agli enti locali la facoltà e il dovere di riformare le norme relative al trattamento di riposo per ridurlo nei *limiti stabiliti per gli impiegati governativi.*

La portata di questa attribuzione è meglio definita: essa si riferisce agli impiegati che hanno diritto al trattamento di riposo in confronto dell'ente dal quale dipendono — esclusi quindi i sanitari iscritti alla Cassa di previdenza — ed è circoscritta a riduzioni nei limiti stabiliti per gli impiegati governativi.

Si intendono annullati *ope legis*, cioè senza che occorra una speciale deliberazione, anche per le istituzioni di pubblica beneficenza, le disposizioni dei regolamenti posteriori al R. D. 19 settembre 1899, n. 394 che stabiliscono *indennità*, nel caso di collocamento in disponibilità per soppressione di ufficio o riduzione di organico, e *pensioni* più favorevoli di quelle che spettano ai funzionari governativi.

Dispense dal servizio.

Argomento, questo, più delicato per difficoltà pratiche intuitive. In relazione alla riduzione degli organici, si deve procedere alla dispensa del personale avventizio, in prova o stabile che risulti in eccedenza al numero fissato dalle nuove tabelle.

L'art. 2 stabilisce due criteri fondamentali, l'uno attinente a condizioni oggettive — cioè alla natura e allo stadio del rapporto di impiego — l'altro in relazione a condizioni soggettive inerenti all'impiegato.

Deve essere dispensato preliminarmente il

personale avventizio o provvisorio; poi il personale assunto regolarmente in servizio per posto di ruolo e tuttora nel periodo di prova e infine, se necessario, il personale stabile. Questa progressione è chiara. Soggiunge l'art. 2 che, per tali dispense, si devono osservare, in quanto siano applicabili, le norme degli art. 1 a 4 del R. D. 25 gennaio 1923, n. 87, il quale riguarda l'esonero degli impiegati dello Stato.

Da questo decreto si possono desumere le seguenti norme:

a) saranno dispensati gli impiegati aventi 40 anni di servizio e 65 di età.

b) la dispensa dal servizio potrà essere disposta anche prima che siano approvate le tabelle numeriche in correlazione alla progressiva eventuale soppressione o riduzione di determinati servizi.

c) devono essere dispensati gli impiegati non abili al servizio per motivi di salute o per incapacità e quelli che diano scarso rendimento di lavoro.

d) nel caso di soppressione di gradi o di eccedenza di personale in determinati gradi, qualora nel grado inferiore vi siano posti vacanti, gli impiegati del grado ridotto o soppresso potranno essere incaricati di esercitare in via provvisoria le funzioni del grado inferiore.

Più che di vere e proprie norme che consentano applicazione diretta, si tratta di *criteri* che in circostanze speciali possono essere osservati.

Inoltre, l'art. 2 del decreto 27 maggio 1923 attribuisce agli impiegati titoli di preferenza per condizioni soggettive. *Sono preferite*, per il mantenimento in servizio le persone appartenenti alle categorie indicate nell'art. 3 del decreto 28 gennaio 1923, n. 153, e cioè:

a) mutilati, invalidi di guerra, ex combattenti feriti o decorati al valore militare o che abbiano prestato servizio in zona di operazione presso reparti operanti o presso comandi mobilitati inferiori, fino a quello di brigata compreso;

b) vedove di guerra che non abbiano contratto nuovo matrimonio, orfani di guerra...;

c) vedove non passate a seconde nozze e orfane non coniugate di impiegati ed agenti morti in attività di servizio o che non abbiano diritto a pensione;

d) impiegati ed agenti che si siano particolarmente segnalati per capacità, diligenza e zelo nell'adempimento dei propri doveri ed abbiano altresì dimostrato di possedere in misura notevole la capacità specifica necessaria per l'esercizio delle attribuzioni loro affidate.

Però il titolo di preferenza, che è valido nell'ordine di progressione sopra indicato, non è efficace se sia dimostrata, con giudizio insindacabile, la inidoneità al servizio o la incompatibilità all'esercizio delle funzioni.

Il titolo di preferenza personale prevale all'ordine che è stabilito nell'art. 2 del decreto 27 maggio 1923 in relazione alla natura e allo stadio del rapporto d'impiego? Per es.: il mutilato o ex-combattente provvisorio o in prova deve essere preferito all'impiegato stabile?

Il decreto non è chiaro, anzi è imperfettamente redatto; una delucidazione ufficiale sarà necessaria.

Io inclino a ritenere che debbano essere dispensati preliminarmente *gli impiegati provvisori* — essendo necessario stabilizzare la organizzazione mediante nomine regolari e definitive, in rapporto ai posti stabiliti — e gli *impiegati* che per ragioni di incapacità accertata per età o salute non sono più atti a servizio utile.

Qualora il personale sia ancora esuberante devono essere dispensati gli impiegati in prova, con preferenza *fra essi*, ai mutilati, invalidi, ecc., agli effetti del mantenimento in servizio; e infine gli impiegati stabili, salve *fra essi* le preferenze d'ordine soggettivo già specificate.

A norma dell'art. 2, cioè in sede di applicazione della disposizione così come è concepita nel decreto, è da ritenere che le persone appartenenti alle categorie indicate nell'art. 3 del decreto 28 gennaio 1923, n. 153, già esaminato, non debbano essere preferite *se sono in prova* agli impiegati stabili.

Potere di sostituzione e rimedi giuridici.

Qualora l'ente locale non provveda nel termine stabilito si sostituirà ad esso il Prefetto, sentito l'Intendenza di Finanza. Sarebbe stato più corretto che, per i servizi sanitari, fosse invece prescritto il parere del Consiglio provinciale sanitario.

Contro i provvedimenti dell'ente o del Prefetto così nei casi di riduzione e di soppressione di posti, come in quelli di dispensa dal servizio e di riduzione degli stipendi è ammesso il ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato per violazione di legge e per eccesso di potere, nel termine di giorni 60 dalla comunicazione del provvedimento.

Il ricorso — redatto su carta da bollo da L. 6, motivato, sottoscritto dalla parte ricorrente e da un avvocato esercente in Cassazione — deve essere notificato nel termine suddetto all'autorità che ha emanato il provvedimento e alle persone direttamente interessate. Entro 30 giorni dalla notificazione deve essere depositato nella Segreteria della IV Sezione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa del «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(Continuazione, vedi fascicolo n. 27).

Dott. Giovanni Rocca (Alba) . . . . . L. 10—
R. Istituto di Patologia Medica di Firenze (Cesare Frugoni 50, prof. E. Signorelli 10, prof. G. Ancona 10, dott. Tognini 10, dott. V. Scimone 10, dott. V. Lapicciulla 10, dott. A. Santi 10) . . . . » 110—
Ospedale di S. Giovanni Battista in Foligno (dott. Roberto Agostinelli 10, dott. C. Mardegani 10, dott. A. Luccioli 10, dott. G. C. Carretti 5, Dott. E. Jèran 5, dott. A. Tradanti 5, dottor Annibaldi 5, prof. F. Laurenti 5, dott. M. Minciotti 5, dott. G. Pari 5, dott. O. Pucci 5) . . . . » 70—
Prof. Arnaldo Cantani, raccolte nella I Clinica Medica della R. Università di Napoli dal prof. Cardarelli (prof. Cardarelli 50, prof. Cantani 10, dottor Marchetti 5, dott. Brancaccio 5, prof. Stampanelli 5, dott. Serpero 5, dott. Di Giovanni 5, prof. L. Ottimato 10, dott. D. Jorio 5, prof. Arena 10) . . . . » 110—
Dott. Arnaldo Arcangeli (prof. F. Pazzi 10, dott. Giulio Berni 5, A. Arcangeli 50, ecc.) . . . . » 150—
Prof. Maurizio Ascoli (Catania) . . » 50—
(Continua).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENGASI. — Il R. Governo della Cirenaica ha aperto un concorso che scade il 31 luglio per 5 medici. Coloro che intendono concorrere sono invitati a presentare la domanda su carta da 1 lira al Governo della Cirenaica, corredata dai documenti di rito e di tutti gli altri titoli valevoli ad attestare la capacità dei richiedenti. I prescelti saranno assunti secondo le norme del D. M. 13 ottobre 1921, n. 2451, che determina il trattamento giuridico ed economico dei medici coloniali.

CASALECCHIO DI RENO (*Bologna*). — Scad. 5 lug. Ab. 5732; pov. 1134. L. 8000; 4 trienni e 1 quinq. di L. 600; 2 c.-v. Età lim. 35. Punti degli esami di laurea.

CODIGORO (*Ferrara*). — Scad. 15 lug. Tre cond. L. 7000 fino a 1000 pov.; addizion. di L. 2; per cav. L. 4000.

GRASSANO (*Potenza*). — Scad. 26 lug. Stip. L. 3000 lorde per 300 poveri, L. 10 ogni povero in più, 1ª indenn. caro-viveri, aumento successivo di 6 quadrienni; età non superiore a 55. Documenti di rito.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — A tutto lug.; L. 6000 oltre L. 500 uff. san. e un c.-v.; alloggio; 5 quinq. dec. Età limite 40.

GRUARO (*Venezia*). — A tutto 15 luglio. L. 7800, c.-v. di legge; L. 400 per uff. san.; L. 1500 mezzo trasp.; alloggio ed orto gratuiti; trienni.

LENOLA (*Caserta*). — Ab. 3175. L. 6000 pei pov. Età lim. 40. Scad. ore 12 del 15 luglio.

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — I concorsi ai posti di Dirigenti, Vice-dirigenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MONTELANICO (*Roma*). — Ab. 2005 agglomerati. Scad. 31 lug. L. 7000 e c.-v., quadrienni decimo. Chiedere condizioni al Segret. Com.

ORVIETO (*Perugia*). — Medico condotto comprimario; L. 6000 e doppio c.-v., L. 1000 resid. pov.. L. 2000 serv. ospedaliero a turno con l'altro med. della città. Età lim. 35. Scad. ore 16 del 30 lug. Serv. entro 20 g. Chiedere annunzio.

PESCOSOLIDO (*Caserta*). — 2ª cond.; ab. 2326; lire 6000 e L. 1800 indenn. vettura o cavalcat. qualora effettivamente mantenuta, 1° c.-v., *chalet* per abitazione restando a carico la spesa di manutenz. Chied. annunzio. Scad. un mese dal 16 giu.

REITANO (*Messina*). — Stip. L. 7000 lorde, condotta soli poveri; quattro aumenti quinq. di un decimo; L. 5 ogni povero in più di 500; uff. san. L. 1000; obbligo Armadio farmac. Scad. 25 luglio.

ROMA. *Ministero della Marina*. — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Col 15 novembre 1923 avrà inizio nella Scuola di Sanità militare un corso di mesi sei per aspiranti alla nomina a tenente medico in S. A. P. Il numero dei posti è di cinquanta. Potranno concorrere all'am-

missione: ufficiali medici di complemento e della milizia territoriale e ufficiali di complemento e in S. A. P. di altre armi e corpi, laureati in medicina e chirurgia, di età non superiore ai 32 anni al 1° giugno 1924; aspiranti medici laureati e i medici civili di età non superiore a 28 anni. Le domande dovranno essere presentate alle Autorità militari competenti (per gli ufficiali in servizio ai Comandanti di corpo da cui dipendono, per quelli in congedo e per i medici civili al Comando del distretto cui appartengono o nella giurisdizione ove risiedono) non più tardi del 10 settembre. Si richiede l'idoneità incondizionata a servizio militare in territorio e nelle Colonie, sia in pace, sia in guerra. La graduatoria per l'ammissione sarà fatta in seguito ad una prova preliminare consistente: *a*) nell'esame clinico di un ammalato; *b*) nello svolgimento di un tema scritto di igiene generale. In base all'esito di tali esami e alla valutazione dei titoli presentati, la Commissione sceglierà i candidati da inviare alla Scuola. Gli esami avranno luogo il 15 ottobre presso l'Ospedale militare principale di Roma. A parità di merito, avranno la precedenza i più anziani di età. Il tempo trascorso presso la Scuola di sanità militare per coloro che eventualmente rinunziassero alla nomina o non superassero gli esami finali sarà considerato come servizio d'obbligo di prima nomina.

Per le norme relative chiedere copia della circolare n. 357 alla Direzione centrale del Servizio sanitario militare presso il Ministero della Guerra.

SELLANO (*Perugia*). — Scad. 20 lug. L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid. e L. 1000 resid. povera; L. 3000 trasp.; due c.-v.; assicur. Età lim. 40. Serv. entro 20 giorni.

TRABIA (*Palermo*). — L. 5000 fino a 500 pov.; quinquenni decimo, 1° c.-v., assicur. vita. Scad. 20 luglio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Fontanetto d'Agogna (Novara).

Conferma di boicottaggio: Chiesa-Cappuggio-Lanzada (Sondrio).

Esami per medici di bordo.

Con decreto 23 giugno è stata indetta dal Ministero dell'Interno, per il mese di novembre 1923, una sessione di esami di idoneità per i sanitari che aspirano a conseguire l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, a termini del R. D. 11 gennaio 1923, n. 167.

Per tali esami saranno seguiti i programmi e le modalità fissate con D. M. 26 aprile 1921, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 30 aprile 1921, n. 102.

Gli aspiranti dovranno inviare domanda e documenti al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) entro il 15 ottobre 1923.

Medici che sappiano scrivere in forma brillante e semplice e che desiderino collaborare ad una rivista di educazione e propaganda igienica sono pregati di scrivere al seguente indirizzo: dott. Tomarchini, casella 174 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il comune di Padova ha decretato la cittadinanza onoraria a Edoardo Bassini, l'impareggiabile chirurgo, cui l'umanità è debitrice della cura radicale dell'ernia. Il Bassini fu un patriota ardente: è un superstite dei settanta di villa Glori. Ora si è fatto campione del rinnovamento agrario del nostro Paese.

La Commissione esaminatrice per il concorso alla Cattedra di Medicina legale presso l'Università di Modena, composta dei proff. Borri, Carrara, Mirto, Perrando e Sclavo, ha giudicato primo fra sette concorrenti il prof. Lattes; poi i proff. Pellegrini, Cazzaniga e Romanese.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Guido Ruata, in clinica delle malattie ment. e nerv., a Pisa; Bruno Bognomini e Fedele Fedeli, in patol. chirurg., a Genova; Gaetano Boschi, in neurologia, a Torino; Vilfredo Chiodi, in igiene, a Firenze; Giuseppe Cojanti, in clin. ostetr-ginecol., e Giorgio Ferreri, in clin. otorinolaring., a Roma; Alberto Dalla Valle, in patol. med. a Parma; Cesare Ducrey, in clinica dermosifilop., a Bologna.

Il dott. prof. Adorno Massimi, della R. Università di Roma, è nominato commendatore della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Auspice l'on. prof. O. M. Corbino, presidente onorario della Società Italiana di Radiologia Medica, e con l'intervento di S. E. il Ministro della P. I., sen. Giovanni Gentile, si terrà a Palermo nei giorni 18-21 ottobre. Le sedute avranno luogo nei locali della R. Università.

Al Congresso sarà unita una mostra tecnico-scientifica per la quale è già assicurato l'intervento delle più importanti Case italiane e straniere.

Programma dei lavori: 1. Saluto inaugurale ai congressisti del presidente professor G. Scaduto; 2. prof. Rossi (Parma), relaz. sul tema «Röntgenterapia delle malattie cutanee»; 3. prof. Gortan (Trieste), relaz. sul tema: «Pneumoradiografia»; 4. prof. Boidi Trotti (Torino), relaz. sul tema: «Radiodiagnostica dell'apparato urinario»; 5. Comunicazioni scientifiche.

Quota d'iscrizione per i membri L. 25; per gli aderenti L. 15.

Per qualunque comunicazione inerente al Congresso scrivere al segretario, Dott. Sgroi Salvatore od al presidente prof. G. Scaduto, via Alloro, 58 - Palermo.

Corso bimestrale d'Igiene pratica.

Si terrà nel R. Istituto d'Igiene di Pisa a partire dal 1° ottobre, per aspiranti alla carriera sanitaria. Vi sono ammessi laureati in med. e chir., veter., chim. e farm. Chiedere informazioni e annunzio alla Segreteria dell'Università.

Sulla bonifica dei congedati malarici.

Col 30 giugno 1923 ebbe termine la campagna di bonifica dei congedati malarici attuata per un trienio dal nostro Governo.

I risultati di questa grandiosa campagna non potevano essere più lusinghieri giacchè dei 130 mila malarici censiti, la metà sono stati accertati guariti dai rispettivi medici curanti e della rimanente parte una forte percentuale (32 %) sono notevolmente migliorati, solo il 12 % sono rimasti stazionari per il fatto che dimorano in località malariche dove sono esposti al pericolo delle reinfezioni, mentre il 6 % si sono sottratti alla cura per fatto d'emigrazione, e meno dell' 1 % sono morti.

I pochi malarici di guerra non ancora guariti potranno, dopo il 30 giugno, giovarsi di tutte le provvidenze curative che, per la vigente legge sanitaria e per la legge sulle pubbliche istituzioni di beneficenza, fanno carico ai Comuni ed alle Opere pie.

Per il personale alienistico nei manicomi giudiziari.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato il testo di un decreto che provvede alla sistemazione del personale alienistico dei Manicomi giudiziarii.

Si dispone che i Direttori alienisti sono nominati in seguito a concorso pubblico per titoli scientifici e pratici. Gli aspiranti devono provare di aver prestato servizio in Manicomi pubblici o in Cliniche psichiatriche per almeno un quadriennio.

Anche i medici assistenti sono nominati in seguito a concorso pubblico. Gli aspiranti devono dimostrare la competenza tecnica acquistata per studi speciali compiuti o per servizi prestati in Manicomi o in Cliniche psichiatriche.

Si regolano le promozioni.

Il problema universitario Marchigiano.

In una riunione di rappresentanti della regione marchigiana si è discusso della riforma universitaria nei rapporti colle esigenze della zona delle Marche. Sarebbe prevalso il concetto di completare il primo quadriennio di studii attuali dell'Università di Camerino con un biennio di studii clinici da organizzarsi ad Ancona dove si può ritenere che come locali e mezzi didattici nulla manchi per concretare il programma.

Si è nominata una commissione formata di membri dei corpi accademici di Macerata, Urbino e Camerino e di rappresentanti delle quattro provincie interessate per concretare un programma.

L'amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Bergamo sciolta.

In seguito ad un'inchiesta governativa sul funzionamento dell'Ospedale Maggiore di Bergamo, il prefetto ha sciolto l'amministrazione dell'ospedale stesso, nominando al suo posto un commissario prefettizio nella persona dell'ing. Roberto Fuzier.

Per i nostri ciechi di guerra.

Il sig. William Nelson Romwal di New York ha inviato ai sovrani d'Italia la somma di L. 100,000 per i nostri ciechi di guerra, a nome di un Comitato di cui è presidente.

Una donazione del sen. Bassini.

Il sen. Bassini ha voluto assicurare l'esistenza dell'Istituto per la cura degli erniosi poveri, sorto a Milano nel 1906, che da lui prese il nome.

Egli ha donato all'Istituto un'immensa tenuta che egli possiede a Vigasio (Verona): 5000 pertiche di terreno coltivato coi più moderni metodi, con villa, cascinali, caseificio, macchine agricole e parecchie centinaia di capi di bestiame, tenuta alla quale attendono 21 famiglie di coloni, il tutto per un valore di alcuni milioni

Facendo la donazione il sen. Bassini ha espresso alcuni desideri, fra i quali che si rinnovi lo statuto in modo che dei quindici consiglieri, nove da lui indicati — e che alle sorti dell'Istituto si interessarono dai suoi inizî — siano nominati a vita; che man mano essi vengano a mancare sieno sostituiti con rappresentanti di quegli enti pubblici e di credito che più aiutarono l'Istituto; che ai padiglioni esistenti in via Ricordi uno ne venga aggiunto per accogliere le persone agiate; che le grandi benemerenze del fondatore e direttore dell'Istituto, prof. A. Preto, vengano tenute in considerazione.

La donazione contiene altre clausole per beneficare due istituzioni che al Bassini sono care, ma, non volendo egli che tali clausole possano diminuire i redditi della tenuta, ha aggiunto alla donazione tanto consolidato, per potervi far fronte.

Onoranze al sen. Foà.

Solenni onoranze sono state tributate il 25 giugno in Torino al sen. prof. Pio Foà che lascia la Cattedra universitaria per limiti di età. Alla cerimonia intervennero il Prefetto, il Sindaco, numerosi senatori e deputati, rappresentanze di Università e di Accademie scientifiche, professori e studenti.

Pronunziò il discorso ufficiale il prof. Cesaris-Demel dell'Univrersità di Genova. Parlarono poi, tra gli altri, il sen. Brondi, rettore dell'Università, il sen. Ruffini, per l'Accademia delle Scienze e per l'Accademia dei Lincei. Rispose commosso il festeggiato.

È stato infine scoperto un busto al sen. Foà, opera del senatore Bistolfi.

Onoranze al sen. Bianchi.

Per l'ultima lezione del sen. Leonardo Bianchi, il 14 giugno, ebbe luogo una imponente e indimenticabile manifestazione all'insigne uomo che fu vanto della cattedra di psichiatria nell'Università di Napoli e che viene sottratto all'insegnamento per avere raggiunto i limiti di età.

Alla cerimonia intervennero il Magnifico Rettore, prof. Miranda, e tutto il Corpo accademico, oltre ad una vera folla di medici e di studenti.

Il sen. Bianchi tenne una smagliante conferenza, in cui tessè l'elogio della vecchiaia; ne daremo prossimamente un largo sunto.

Parlarono poi il sen. Cardarelli, il rettore prof. Miranda, l'on. Castellino e due laureandi che han-

no offerto al Maestro, in nome dei colleghi, una medaglia d'oro. Rispose, dicendosi grato di questa manifestazione, il sen. Bianchi, che venne freneticamente acclamato.

Onoranze al prof. Strümpell.

Il 28 giugno venne festeggiato il 70° compleanno del prof. Adolfo Strümpell, il clinico medico di Lipsia.

Lo Strümpell ha avuto una parte considerevole nell'educare le attuali generazioni di medici, non solo in Germania, ma in tutti i Paesi, non solo con l'insegnamento orale, ma col suo trattato e con la copiosa produzione scientifica.

Era ancora docente privato quando, nel 1883, dette alla luce il trattato di patologia medica e terapia, che gli valse la chiamata a Erlangen, donde passò a Breslavia, a Vienna ed a Lipsia. Quel trattato venne tradotto in tutte le lingue moderne.

I contributi dello Strümpell alla medicina sono d'ordine puramente clinico: egli può sembrare un arretrato a chi non concepisce più la clinica senza il concorso del laboratorio e dell'esperimento. Eppure lo Strümpell lascia orme incancellabili: egli ha visto ciò che ad altri sfuggiva e ha dimostrato quali progressi possa ancora compiere il puro nosografismo. Dobbiamo allo Strümpell l'individuazione di molte entità e sindromi morbose che prima andavano confuse con altre manifestazioni, dalla pseudosclerosi all'infiammazione anchilosante delle cartilagini vertebrali, dalla polioencefalite infantile alla sindrome amiostatica. È stato lo Strümpell a riconoscere che la «neurosi traumatica» e la «nevrastenia» hanno una base psichica. Oltre che alla neurologia, egli ha fatto compiere progressi notevoli anche alla medicina interna: ricordiamo le sue ricerche sulla glicosuria alimentare e sulle nefropatie croniche. Lo S. possiede il dono di una esposizione chiara, che mette in evidenza l'essenziale e lascia nell'ombra l'ingombrante: da ciò il suo grande successo come trattatista. Anche alcune sue conferenze rivelano il suo pensiero in forma pleclara, cristallina; egli è un artista della parola. Si ammirano in lui anche il perfetto equilibrio e il raro buon senso, la profonda bontà, che lo fa idolatrare dai malati e dagli allievi, l'attività instancabile: sulla sua casa ha fatto incidere le parole: «*In labore salus*».

Nel giornalismo medico.

Ha visto la luce il primo numero del «Giornale di Biologia e Medicina sperimentale» pubblicato a cura dei proff. A. Ferrata, C. Foà e P. Rondoni, col concorso di un ricco corpo redazionale. Il nuovo periodico è inteso a raccogliere le comunicazioni preventive che attualmente vanno disperse in Accademie, Società e Congressi: il primo numero ce ne presenta più di una dozzina, e tutte pregevoli.

L'abbonamento è fissato in L. 50 (fr. 50) ogni volume; editori sono S. Lattes & C. (Torino, Genova).

Cordiali auguri.

Scambi intellettuali con la Russia.

A scopo di facilitare l'informazione di medici russi della letteratura medica uscita negli ultimi anni in Europa e quella che esce quotidianamente, il Commissariato della Salute Pubblica stampa una rivista «La Bibliografia Medica», la direzione della quale rivolge preghiera a tutti i giornali e riviste ed anche agli editori di libri medici di voler mandare gentilmente tutte le loro pubblicazioni per una recensione, come pure l'annunzio dei libri che stanno per comparire, per informazione e cronaca.

Libri e riviste si prega d'inviarle direttamente per posta al seguente indirizzo: Mosca, «Medizinskaia Bibliografiia», Granatnii pereulck, n. 2, Kv. Il dottor E. I. Kvater.

Importazione e produzione di medicinali in Russia.

Con recente ordinanza del Commissario della Salute Pubblica in Russia, N. A. Semaschko, si è regolata la preparazione interna, l'importazione dall'estero e la diffusione tra la popolazione russa dei medicamenti e specialità (farmaceutici, organoterapici, batteriologici, disinfettanti, dietetici) con la nomenclatura condizionata, composti d'uno o più prodotti chimici, già pronti per l'uso o da dosarsi e non facenti parte della farmacopea russa.

Gl'investimenti stradali di Londra.

Gl'investimenti stradali si moltiplicano in tutte le grandi città. Il *record* pare che sia detenuto da Londra ove, secondo l'ultima statistica, nel corso del 1922 si sarebbero avuti 26,222 accidenti, di cui 675 seguiti da morte, e cioè: 5987 feriti e 22 morti per biciclette; 2422 feriti e 57 morti per cavalli e veicoli a trazione animale; 17,138 feriti e 596 morti per veicoli a trazione meccanica (automobili, motociclette e camion).

Un volgare assassino ha spento la nobile vita di MICHELE PIETRAVALLE, direttore degli Ospedale Riuniti di Napoli

Il Pietravalle è stato un sanitario valoroso e benefico, un cultore appassionato della medicina sociale, un parlamentare eminente.

Alla Camera, di cui era vice-presidente, sedeva tra i radicali. Ha coperto molte cariche pubbliche elevate: faceva parte del C. S. P. I. e del C. S. S., era vice-presidente dell'Opera Invalidi, presidente del Consiglio Provinciale del Molise. Durante la guerra contribuì fra i primi a creare il «Fascio di difesa parlamentare», che ebbe tanta parte nel rinsaldare gli animi degli italiani.

Fu definito un «cavaliere dell'ideale».

L'on. Pietravalle era nato a Salcito (Campobasso). Contava 55 anni.

Con profondo accoramento registriamo la sua perdita, la quale è duramente sentita dalla classe medica.

a. p.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Clin. Pediatr., mar. — A. BORRINO. Variazioni della «perspiratio insensibilis» e loro valore nella patologia del lattante.

Lancet, 7 apr. — A. YOUNG e A. J. HUTTON. Il metodo statistico nello studio della diagnosi e terapia dell'ulcera gastrica e duodenale.

Japan Med. World, 15 gen. — S. MASHIMO. Batteriemia colerica.

Folia Med., 30 mar. — B. FORMIGHELLA. Aneurisma cirsoideo.

Pens. Med., 24 mar. — P. BINDA. Il polso paradosso preagonico. — 31 mar. G. CAMPATELLI. Granulomi sperimentali da «Penicillium Burcii».

Paris Méd., 7 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Presse Méd., 7 apr. — F. BEZANÇON, M.-P WEIL e L. DE GENNES. Forme atipiche di gotta acuta. — M. VILLARET, F. SAINT GIRONS e P. GRELLETY-BOWIEL. La tensione venosa periferica.

Riforma Med., 9 apr. — V. ARIOLA. La soglia della resistenza globulare.

Mediz. Klinik, 31 mar. — N. ORTNER. I soffi aortici diastolici accidentali. — O. PORGES. Il dolore nell'ulcera gastrica e duodenale.

Pens. Med., 17 mar. — L. LATTES. La dimostraz. biologica della paternità.

Journ. A. M. A., 17 mar. — G. WILLS. Rapporti tra diagnosi clinica e necroscopica del cancro.— S. T. DARLING. La popolazione scolastica nell'accertamento degli indici di endemicità malarica.

Münch. Mediz. Wochens., 30 mar. — F. MARCHAND. Contrattilità dei capillari e delle cellule avventiziali. — L. BÖHLER. Trattamento funzionale cinematico della frattura tipica del radio.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mar. — P. GONZALES e M. ARMANGUÉ. Le emolisine ottenute per iniezione di globul. antigeni di Forschmann e lipoidi eterofili.

Paris Méd., 31 mar. — M. PERRIN e R. YOVANOVITCH. Turbe del sistema nervoso organo-vegetativo e tbc. polm. — ARDIN-DELTEIL e DERRIEN. Splenopolmonite e pleurite incistata. — A. WALKER. I circoli viziosi.

British Med. Journ., 14 apr. — J. W. BALLANTYNE. Ostetricia preventiva e riparatrice.

Deutsche Mediz. Wochens., 2 mar. — W. CASPARI. Teoria delle azioni dei raggi. — VOELCKER. Sull'ipertrofia prostatica.

Wien. Klin. Wochens., 9 apr. — Numero sul 35° Congresso tedesco di medicina interna.

Münch. Mediz. Wochens., 6 apr. — M. ROSENFELD. Rapporti tra disturbi psichici e malattie infettive. — A. BITHORF. Ipernutrizione e malattie. — 13 apr. E. KRENTER. Sul trattamento dei tumori maligni. — E. MARKOVITS. La castrazione radiologica dell'uomo.

Prensa Med. Argent., 20 mar. — J. A. SARALEGNI. La triade radiologica della sifilide ereditaria.

Archivi.

Brit. Journ. Children's Dis., gen.-mar. — FLÖYSTRUP. Rubella sine exanthemata. — G. A. SUTHERLAND. Aneurisma congenito della polmonare. — L. FINDLAY. Trattamento della stenosi congenita del piloro. — J. D. ROLLESTON. Tilosi (keratosi) congenita.

Proc. R. Soc. Med., mar. — Discussione sulla luss. congenita dell'anca. - Copiosa statistica.

An. del Depart. Nav. de Hig. (Buenos Aires), mag-giu. 22. — A BACHMANN. Campagna contro l'uncinariasi. — C. R. LARDE Y ARTHES. Anofeli e profilassi malarica a San Salvador.

L'Encéphale, apr. — J. ROQUES DE FURSAC e E. MINKOWSKI. Il razionalismo morboso. — J. LHERMITTE e A. BOURGUINE. Chorea cruciata. — C. I. URECHES e N. ELEKES. La sifilide dei piccoli vasi cerebrali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali.

L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 16 luglio 1923 Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I.
III PADIGLIONE.
Primario: Prof. R. ALESSANDRI.

Usura di un'ansa intestinale aderente alla cicatrice cesarea per effetto dell'azione distruente dei villi coriali. Enterorragia sintomatica (*)

per il prof. SERTORIO MARINACCI,
libero docente, chirurgo-aiuto.

La rottura spontanea dell'utero in gravidanza ha, quale momento causale, un'insieme di condizioni che determinano una diminuzione di resistenza del tessuto uterino: in alcuni casi si tratta di cicatrice, siano esse dovute a taglio cesareo, a miomectomia, a raschiamento, a lacerazioni; in altri casi si tratta di processi flogistici o neoplastici, metrite interstiziale, tubercolosi o sifilide dell'utero, mioma; in altri casi ancora si tratta realmente di processi degenerativi della muscolatura uterina in vicinanza della cicatrice: l'esame istologico dei vasi dimostra in tali casi ora una degenerazione jalina, ora una sclerosi dei vasi con degenerazione successiva della muscolatura; in altri casi si tratta di una vera ipoplasia dell'utero.

Nel caso da me osservato la rottura dell'utero in gravidanza si produsse in corrispondenza di una cicatrice da pregresso taglio cesareo alla Fritsch. Ora si sa che questo metodo, pur avendo dei vantaggi sul taglio cesareo classico, spesso presenta gravi inconvenienti dovuti ad aderenze omentali o dell'intestino con fatti di occlusione intestinale. Holland, nel suo lavoro sulla rottura della cicatrice cesarea, afferma che l'incisione trasversa sul fondo, predispone alla rottura; il Cappellani a sua volta, riguardo all'importanza dell'inserzione placentare sulla cicatrice cesarea, mette in luce l'importanza dell'infiltrazione degli elementi coriali nello spessore della parete.

Il dott. Cuzzi, della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma, ha illustrato un caso di rottura spontanea del fondo dell'utero al sesto mese e mezzo di gravidanza per invasione

(*) Comunicato all'Accademia Medica di Roma nella seduta ordinaria del 28 gennaio 1923, e all'ultimo Congresso di Ostetricia in Roma (5-8 aprile 1923).

distruente dei villi coriali: l'esame microscopico del tratto in corrispondenza dei margini della rottura dimostra come in alcuni punti i villi poggiano direttamente sul tessuto muscolare, spingendosi in profondità: in parecchi punti un sottilissimo strato muscolare separa dalla sierosa i villi che compiono l'opera di usura e di distruzione. Nel caso del Cuzzi un'endometrite settica era stata la causa dell'impedita formazione degli elementi deciduali a gravidanza insorta, mentre si sa che la decidua ha l'azione protettrice di opporre una barriera all'azione erosiva del trofoblasto.

Il caso da me osservato e operato al III Padiglione del Policlinico l'anno scorso, riguarda una giovane donna di cui riferirò sommariamente la storia clinica:

A. C., di anni 32, da Roma, donna di casa. Ha sofferto nell'infanzia di rachitismo; ha avuto due gravidanze a termine: il primo parto fu espletato con applicazione di forcipe; il secondo, circa due anni fa, con taglio cesareo alla Fritsch, operazione eseguita nella Clinica Ostetrica di Roma. È ricoverata in Ospedale (VI Padiglione - Policlinico) dall'8 maggio. Ha lievi rialzi termici ed enterorragie piuttosto abbondanti. Io osservai l'inferma la sera del giorno 13: verso le due dello stesso giorno l'inferma aveva accusato dolori addominali intensi, non vomito, però l'inferma ebbe singhiozzo. Essa presenta una cifoscoliosi molto spiccata, è di bassa statura. Si disegna nell'addome la tumefazione gravidica; in corrispondenza di essa si disegnano anse intestinali in preda a viva peristalsi, che si rivela sia sotto forma di tetano intestinale, sia sotto forma di onde intestinali visibili e susseguentisi, sempre nella stessa sede e nella stessa direzione. Insieme l'inferma avverte dolori intensi. La palpazione riesce particolarmente dolorosa nel quadrante inferiore dell'addome ove si apprezza l'utero contratto, la palpazione su di esso provoca una più squisita dolorabilità; anche il contatto superficiale col dito riesce dolentissimo. Si nota un meteorismo diffuso: uno stato ansioso dell'inferma, lineamenti stirati, anemia accentuata: polso verso le 6 della sera a 104; verso le 10 a 120.

Questa la sintomatologia che l'inferma presentava: tenni l'inferma in osservazione per varie ore poichè vi era, come dirò, qualche cosa nel quadro clinico che poteva fuorviare dalla giusta diagnosi. L'osservazione esatta e più volte controllata di anse intestinali con viva peristasi, dolorosa sempre nella stessa sede e nella stessa direzione, ci portava logicamente alla diagnosi di occlusione intestinale da ostacolo meccanico; occlusione incompleta perchè mancava il vomito, vi era emissione di gas; d'altra parte la percezione dell'utero contratto spasmodicamente, e più ancora la spiccata iperestesia in corrispondenza di esso fece ammettere come diagnosi di probabilità la rottura dell'utero, tanto più che vi era l'importante dato anamnestico della cesarea pregressa: rimaneva come sintoma oscuro l'enterorragia che già durava da 5 o 6 giorni, e che io pensai, ma con ogni riserva, di poterla riferire alla modalità anatomica dell'occlusione (invaginazione, embolia e trombosi dei vasi mesenterici), occlusioni da vero ostacolo meccanico e che sono accompagnate, come si sa, da intense enterorragie.

Fu posta in base ai sintomi raccolti e alla valutazione di essi la diagnosi di occlusione intestinale parziale e di probabile rottura dell'utero: l'operazione fu eseguita alle 11 di notte, dopo aver tenuto in osservazione continua l'inferma, onde poterci orientare nel quadro clinico per sè non chiaro, e avere dei dati certi che ci autorizzassero all'intervento, che, date le condizioni generali dell'inferma e la gravidanza in atto, si prevedeva sarebbe stato di notevole gravità.

Rachianestesia (nov. stov.) positiva. Shock da puntura (si praticano iniezioni eccitanti e ipodermoclisi).

Laparotomia mediana in parte, sopra in parte, sotto-ombellicale; notevole versamento ematico endoperitoneale. Si nota subito una vasta rottura che interessa quasi tutto il fondo dell'utero da cui si ermano i villi placentari; alla metà sinistra del fondo è aderente un'ansa intestinale per l'estensione di 4 o 5 cm; l'aderenza è sulla faccia opposta all'inserzione mesenterica: passo ad estrinsecare l'utero al di fuori della cavità addominale e dopo aver scrupolosamente protetto il campo con compresse sterili, m'interesso anzitutto di distaccare l'ansa aderente: contavo poterla distaccare senza aprirne il lume, tenendomi a ridosso della parete uterina, ma ciò nonostante, capitai subito, ed era inevitabile, nel lume intestinale; come subito potetti constatare mancava una porzione della parete intestinale, quella cioè a contatto con i villi che dopo aver usurata la cicatrice cesarea avevano usurata quella porzione della parete dell'intestino aderente ad essa fu subito chiara la causa dell'enterorragia: distaccai con le forbice l'ansa tutto intorno al margine della breccia uterina interessando la parete uterina anzichè quella dell'intestino; ne risultò una perdita di sostanza a losanga disposta longitudinalmente sulla parete intestinale, che io suturai a due strati in senso trasversale, assicurandomi che il lume intestinale non risultasse stenosante.

Nel mentre io eseguivo questo primo tempo dell'operazione l'utero espulse intatto il suo contenuto, contraendosi subito dopo in modo che non vi fu ulteriore emorragia, che probabilmente non sarebbe più stata sopportata dall'inferma già esaurita: onde assicurare l'emostasi definitivamente, e impedire ulteriori gravidanze, praticai l'isterectomia subtotale, chiudendo poi a tre strati la parete. L'operazione durò complessivamente circa un'ora.

Il decorso post-operatorio, ad eccezione della gravità inevitabile dei due primi giorni, fu del tutto regolare. L'inferma emise in terza giornata ancora feci sanguinolente, da riferirsi evidentemente al sangue stravasato e raccolto nell'intestino nei giorni che precedettero l'intervento: le feci tornarono poi del tutto normali e l'inferma fu dimessa completamen-

te guarita, dopo quasi un mese dall'intervento. Ho di recente saputo che le sue condizioni si mantengono sempre buone.

Il caso da me riferito si presta a qualche osservazione interessante. Il reperto operatorio spiega esattamente la sintomatologia clinica che l'inferma presentava e dimostra come la complessa e oscura sindrome fosse legata a tre lesioni anatomiche connesse fra di loro: i sintomi di occlusione incompleta erano dovuti all'intima aderenza di un'ansa del tenue alla cicatrice cesarea e alle gomitature che inevitabilmente ne risultavano: l'enterorragia, che per varî giorni fu l'unico sintoma che richiamò l'attenzione e la cui origine sfuggiva, era dovuta alla distruzione da parte dei villi coriali della cicatrice cesarea e della parete intestinale ad essa aderente; i sintomi peritoneali rapidamente insorti nell'ultimo giorno, erano da riferirsi alla rottura di quella parte della cicatrice cesarea non aderente all'ansa, con repentino e intenso risentimento del peritoneo.

Perciò, dall'osservazione del decorso clinico, risulta evidente il contrasto fra la sintomatologia a decorso lento con sintomi attenuati, determinata dalla rottura di quella parte della cicatrice cesarea aderente all'ansa intestinale, e la sintomatologia rapidamente insorta, imponente che dominava, e che indusse all'intervento, da mettersi in rapporto con la rottura di quel tratto di cicatrice cesarea non aderente all'intestino: credo che da tali considerazioni cliniche e anatomiche si debba concludere che mentre la rottura da parte dei villi coriali, della cicatrice cesarea, sia avvenuta varî giorni prima dell'intervento, in quel tratto aderente all'intestino, e l'enterorragia notata ci autorizza ad affermarlo, la rottura della parte non aderente sia avvenuta solo lo stesso giorno dell'intervento.

Nei tagli istologici non si è potuto dimostrare l'invasione da parte dei villi coriali della parete intestinale, mentre è molto dimostrativa l'invasione da parte di essi della parete uterina nel tratto della rottura: il fatto è spiegabile quando si pensi che io nel distaccare la parete intestinale dall'utero, mi tenni a ridosso di questo, interessandolo nella dissezione per risparmiare invece l'intestino: esiste però il fatto clinico, l'enterorragia manifestatasi varî giorni prima dell'intervento, riapparsa alla prima scarica dopo l'intervento: scomparsa poi del tutto. Si deve perciò ritenere con ragionamento rigoroso per quanto elementare che essa fosse esclusivamente è unicamente legata all'usura da parte dei villi coriali della parete intestinale.

Concludendo, l'interesse del mio caso, unico nella letteratura, in parte è da mettersi in rapporto all'osservazione clinica dell'enterorragia, che è stato per varî giorni l'unico sintoma, direi quasi, premunitore di una rottura lenta, occulta dell'utero gravidico, in parte è da riferirsi alla dimostrazione del potere invadente, distruente dei villi coriali, che nel mio caso non solo interessava la cicatrice cesarea, osservazione questa già fatta da altri, ma interessava anche la parete di un'ansa intestinale ad essa aderente, osservazione questa, per quanto io sappia, sinora non fatta da altri.

Il caso da me riferito costituisce inoltre l'argomento più valido che autorizza ad abbandonare definitivamente il taglio cesareo sul fondo preferendo il taglio transperitoneale nel segmento inferiore.

BIBLIOGRAFIA.

Alexandroff. *Sin fall von Uterus-Ruptur wärend der Schwangerschaft.* Monatschr. für Geb. und Gynec., Bd. XII, Heft 4.

Baisch. *Ueber Zerreissung der Gebärmutter in der Schwangerschaft.* Beiträge zur Geburtshilfe und Gynecolog., Bd. VII, Heft. 2.

Bardi. *Un caso di rottura spontanea dell'utero in gravidanza.* Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, 1899.

Bauch. *Uterus-Verletzungen und Schwangerschaft-Ruptur.* Zentralblatt f. Gynekologie, Bd. 28, S. 1513.

Blind. *Beiträg zur Aetiologie der Uterus-Ruptur wärend Schwangerschaft.* Zentralblatt f. Gyn., 1893, n. 5.

Id. *Beiträg zur Aetiologie des Uterus-Ruptur wärend der Schwangerschaft.* Dissert. Strassburg, 1892.

Bogusch. *Ruptur einer schwangeren Gebärmutter.* Journal f. Geb. und Gynec., 1909, n. 7.

Breitstein. *Uterus-Ruptur nach. Sectio-Caesarea.* Ref. in Zentralblatt f. Gyn., n. 41.

Cappellani. Archivio di Ostetricia e Ginecologia, 1919.

Cuzzi G. *Rottura spontanea nel fondo dell'utero al sesto mese e mezzo di gravidanza per invasione distruente dei villi coriali.* Estratto dagli Atti della Società Italiana di Ostetricia e Gynecol., Pavia, XX Congresso, 1920.

Costa. *Sopra un raro caso di rottura precoce dell'utero in gravidanza a termine e putrefazione del feto.* L'arte ostetrica, anno 17°, n. 21, p. 321.

Dahlmann. *Zurrissung der Gebärmutter nach Kaiserscnitt.* Monatschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XXXII, Hft. I.

Dittel. *Zur Uterus-Ruptur.* Archiv f. Gynekologie, Bd. 44, Hft. 3.

Fehling. *Ueber Uterus-Ruptur.* Sammlung Klin. Vortrage, n. 54.

FELLENBURG. *Zur Narbendehiscens in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynekologyschen Operationen.* Zeitschrift f. Gyn. und Geb., 1912.

ID. *Zur Narbendehiscens in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynekologischen Operationen.* Archiv. f. Gyn., Bd. 71, Hft. 2.

FERRONI. Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1916, 9.

ID. *Contributo allo studio patogenetico della rottura spontanea dell'utero in gravidanza.* La Ginecologia, Firenze, anno 2°, fasc. 20.

FISCHER Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. 67, S. 732.

FULH. *Beiträg zur Kasuislik, Aetiologie der Uterus-Ruptur.* Zentralblatt f. Gyn., 1903, numero 9, S. 257.

HAFNER. *Ueber Mekanik und Aetiologie der Spontan Ruptur des Uterus wärend der Geburt.* Breslauer Dissertationen, 1910.

HERZFELD. *Ruptur des schwangeren Uterus.* Zentralblatt f. Gyn., n. 44, 1902.

HOLLAND. Proc. of the Royal Soc., nov. 1920.

KABER. *Zur Frage der Uterus-Ruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft.* Deutsche med. Zeitschrift, 1902, S. 937.

KABER. *Zur Frage des Uterus-Ruptur,* in «Frühen Monaten der Schwangerschaft». München. med. Wocheschrift, n. 36, S. 1499.

KELLENDALL. *Ueber die spontane Zerreissung der Gebarmutter in einen Schwangeren septischen Uterus Divertikel.* Archiv. f. Gyn., Bd. LXXV, S. 686.

KLEINERTZ. *Ein Fall. von Spontaner kompleter Uterusruptur.* Zentralblatt f. Gyn., 1903, S. 257.

KRUKENBERG. *Beiträge zur Kaiserschnittfrage.* Archiv f. Gyn., Bd. 28.

GAIFAMI. *Il taglio cesareo transperitoneale nel segmento inferiore dell'utero.* Estratto dalla Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica, anno III, n. 3, 1921.

ID. *Ulteriori osservazioni sul taglio cesareo transperitoneale nel segmento infer.* Estratto dal Policlinico, Sez. Chirurg., 1922.

IVANOFF N. *Etiologie, profilaxie et traitement des ruptures de l'uterus pendant les couches.* Annales de Gynécologie, n. 59, p. 341.

LICHTENSTEIN. *Zerreissung des graviden Uterus.* Zentralblatt f. Gynäk., n. 33, S. 632, 1908.

MANDACH. *Ein Fall. spontaner durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur.* Zentralbl. f. Gyn., 1914, n. 44.

MEYER. *Aetiologie der spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft.* Schwezer Korresp., n. 18, 1906.

MEYER. *Beiträg zur Kenntnis der Spontan Ruptur des Uterus wärend der Schwangerschaft.* Beitrag z. Geb. und Gynec., Bd. IX, Hft. I, S. 745, 1905.

MICHELI. *Rottura spontanea del fondo dell'utero in travaglio di parto.* Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginecol., 1906.

PATTEN. *Ropture of the Uterus.* Brit. Medical Journ., p. 1888, 1901.

PARASCHIN. *Zur Aetiologie der spontanen Uterusruptur wärend der Schwangerschaft und Geburt.* Zentralblatt f. Gynäkol., n. 7, S. 183, 1898.

PESTALOZZA. *Sulla rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto.* La Settimana Medica dello Sperimentale, fasc. 1-2, 1899.

ID. Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1910.

ROUSSART et DELPORTE. *Contribution à l'étude des ruptures de l'uterus pendant la grossesse et de la fisiologie patologique du trofoblaste.* Journal de Chirurg. et Annales de la Soc. Belg. de Chir., n. 14, p. 166.

SALOVÜ. *Ueber eine seltene Ursache der spontanen Zerreissung der Gebärmutter wärend der Entbindung.* Zentralbl. f. Gyn., n. 44, 1913.

SCHEFFECK. Zeitsch. f. Geb. und Gyn., Bd. 67, S. 732.

SCHMIDT. *Beitrag zur Studium der Spontanen Uterusruptur wärend.* Zentralblatt f. Gyn., n. 26, S. 809, 1904.

SCHUKELE. Obstetrique et Gynécologie, 1920.

STOENCK. *Spontane Ein risserung des Uterus am Ende der Schwangerschaft.* Deutsche Med. Zeitschrift, n. 43, S. 1761.

THOMSEN et ZILÉ. *Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus.* Journal d'Obst. et de Gyn., septembre 1900.

OSPEDALE CIVILE DI FIVIZZANO.

Sulla sclerosi del mesocolon trasverso nell'ulcera duodenale.

Prof. METELLO FRANCINI
direttore e chirurgo primario.

Nel recente Congresso della Società Italiana di Chirurgia a Firenze, discutendosi in seduta comune con la Società Italiana di Medicina Interna, l'argomento dell'ulcera duodenale, il prof. Donati riferiva di alcuni casi da lui in questi ultimi tempi osservati, nei quali l'ulcera duodenale aveva indotto alterazioni sclerotiche, retraenti del circostante peritoneo viscerale e specialmente del mesecolon trasverso.

Riportava tra gli altri un caso in cui la retrazione mesocolica, già constatata intervenendo colla gastroenterostomia per la cura dell'ulcera duodenale, aveva determinato il cattivo funzionamento della bocca anastomotica posteriore transmesocolica, sicchè egli aveva dovuto in secondo tempo eseguire un'altra gastroenterostomia, questa volta anteriore antecolica. E di un altro infermo ancora riferiva, nel quale la sintomatologia dolorosa assai grave era stata permanentemente e sufficientemente corretta con una plastica del mesocolon trasverso retratto.

Osservazioni consimili, a conforto di quelle del prof. Donati, riportava l'Anzilotti di Livorno che in un caso di ulcera duodenale era stato costretto, dalla retrazione del mesocolon, a rinunziare alla gastroenterostomia transme-

socolica posteriore e ad eseguire la anteriore antecolica.

Il rilievo di questo reperto anatomo-patologico, che in nulla si discosta da quanto caratterizza le lente reazioni del peritoneo e del connettivo sottoperitoneale a processi distruttivi della mucosa di un segmento qualsiasi del tubo gastrointestinale, presenta invece per il chirurgo un notevole interesse pratico, sia nei riguardi delle modificazioni che la retrazione del mesocolon potrebbe determinare nella sintomatologia e nel decorso della malattia, sia e più ancora, perchè esso potrebbe notevolmente influire sulle indicazioni curative e sulla tecnica da seguirsi in simili condizioni.

Credo quindi non inutile riferire di un caso a me occorso alcuni mesi or sono, che in tutto collima con uno di quelli riportati dal Donati, contribuendo ancora a dimostrare quanto già egli prevedeva, che cioè osservazioni consimili, richiamata ormai su di esse l'attenzione degl. studiosi, diverranno ben presto numerose nella letteratura.

Trattasi di una donna (T. Virginia, di Domenico, di anni 44) coniugata, pluripara, precedentemente sana e con gentilizio sano, che da oltre un biennio era tormentata da quelle alternative di gravi sofferenze e di relativo benessere che caratterizzano il decorso dell'ulcera duodenale. Il deperimento organico, la ipercloridria spiccata, con pirosi, vomiturazioni mattutine, la precisa localizzazione del dolore, quella speciale sensazione di dolore che si acquieta colla ingestione del cibo (la *hungerpain* di Moyniham), la ripetuta melena senza che si avesse mai ematemesi, la dolorabilità vivissima in un punto preciso al disotto del colecistico e la difesa vivace del muscolo retto in corrispondenza di esso, caratterizzavano il quadro clinico.

Coll'esame radioscopico non rilevammo segni certi, diretti dell'ulcera o dei suoi esiti, quali la nicchia di Haudeck o stenosi o deformazioni del lume duodenale, ma positivi erano i dati della replezione del bulbo, della ipermotilità, del controllo della dolorabilità localizzata in corrispondenza dell'ombra duodenale.

In questa inferma, nella quale per un tempo fin troppo lungo erano state tentate le cure mediche e la più rigorosa dietoterapia, intervenni con la gastroenterostomia il giorno 7 agosto u. s. Aperto il ventre constatavo la integrità della parete gastrica e del piloro, la parete duodenale inspessita specialmente nel suo primo tratto, il peritoneo su di esso non presentava striature cicatriziali, ma era però uniformemente biancastro. L'ulcera doveva con tutta probabilità essere localizzata nella parete posteriore.

Procedendo allora alla gastroenterostomia transmesocolica posteriore trovammo il mesocolon trasverso rigido e talmente retratto da render difficile la estrinsecazione del colon dalle labbra della ferita laparotomica e più difficile ancora la scelta del punto ove aprire in esso l'occhiello attraverso al quale doveva attrarsi la parete posteriore dello stomaco per la anastomosi. Dirò anzi che fu solo in obbedienza al precetto, che del resto sappiamo essere giusto nella estrema maggioranza dei casi, di eseguir sempre la gastroenterostomia posteriore, che io mi ostinai ad applicarla anche in questa ammalata, nella quale le condizioni anatomiche me l'avrebbero dovuta nettamente sconsigliare.

Aperta l'asola, che inevitabilmente rasentava l'inserzione del colon, eseguii colle solite norme la gastroenterostomia obliqua, isoperistaltica, con duplice strato di sutura continua in seta, fissando poi, come faccio abitualmente, l'occhiello mesocolico all'intestino anzichè allo stomaco.

Appena eseguita l'operazione ebbi il dubbio che la trazione esercitata dal mesocolon retratto potesse disturbare il funzionamento della bocca anastomotica e questo dubbio esternai ai colleghi che mi assistevano. Si manifestò infatti alla fine della terza giornata un circolo vizioso che si andava poi rapidamente aggravando. I vomiti prima quotidiani, nettamente biliari, si andarono rinfittendo e divennero sempre più copiosi e l'ammalata decadeva rapidamente, a vista d'occhio.

Fui costretto quindi a riaprire l'addome il 21 agosto, a due settimane di distanza dal primo intervento. Trovai l'ansa anastomizzata tirata in alto dal mesocolon cirrotico e piegata a canna di fucile, non notevolmente ectasico il capo afferente come spesso si osserva. La bocca anastomotica si palpava ampia e pervia.

Confermata quale la dubitavo la causa dell'ostacolo, feci rapidamente, come lo consigliavano le scadentissime condizioni dell'ammalata, una nuova gastroenterostomia e questa volta anteriore antecolica. Il resultato fu durevolmente buono.

Il caso descritto, al quale indubbiamente altri se ne aggiungeranno, conferma nei minimi particolari il quadro messo in luce dal prof. Donati. Riguardo alla sindrome morbosa di questa mesocolite retraente, o meglio alle modificazioni che questa complicazione potrebbe indurre nella fenomenologia e nel decorso dell'ulcera duodenale, il Donati avrebbe osservato costante nei suoi casi una notevole accentuazione del dolore spontaneo, tanto che in uno di essi era stata da altri diagnosticata una forma neuralgica a carico del plesso celiaco.

Anche nella mia inferma la sintomatologia dolorosa, in una povera contadina di carattere assolutamente tranquillo e che fu poi docilissima in tutto il decorso così burrascoso dopo l'operazione, era straordinariamente grave.

Di quanto nella determinazione del dolore possa influire la infiltrazione e la sclerosi del connettivo sottoperitoneale e la retrazione mesenteriale sarebbe difficile ora stabilire.

A proposito della cura appare evidente che noi dovremmo in presenza di simili alterazioni del mesocolon trasverso, pur mantenendo intera la nostra fede nella gastroenterostomia posteriore transmesocolica, preferire, in via di eccezione, la gastroenterostomia anteriore, che forse appunto potrebbe qui trovare una delle sue rare indicazioni.

Il Donati riferisce di avere, nel caso già ricordato, ottenuta la cessazione della sintomatologia dolorosa con una plastica del mesocolon retratto per sutura inversa alla linea di sezione. Evidentemente, se la retrazione mesenteriale è causa del dolore ed ancora eventualmente di ostacolo meccanico alla funzione intestinale, la correzione della anomala condizione, dovrebbe far cessare il sintoma, ma io credo che, insieme alla plastica del mesocolon, la quale potrà rappresentare un complemento utilissimo, dovrà sempre eseguirsi anche la gastroenterostomia, che, per comune consenso, riaffermarsi anche nel recente Congresso, rappresenta la cura necessaria e sufficiente, nella grandissima maggioranza dei casi almeno, dell'ulcera duodenale, che fu l'origine della lesione secondaria del mesocolon e che rimarrebbe causa di progressivo deperimento e sorgente di pericoli così spesso estremamente gravi.

Fivizzano, 10 novembre 1922.

OSPEDALE DI S. MARIA DELLA PACE IN MONTE S. SAVINO.

Contributo alla questione della enterostomia nella peritonite acuta.

Dott. LAURO CANTALAMESSA-CARBONI, direttore.

Il 22 agosto 1922, a ore 22, il colono Fr. Oreste, di anni 57, di Monte S. Savino, in pieno benessere è colto improvvisamente da fierissimi dolori al basso ventre: l'inizio dei dolori è seguìto a breve distanza da vomito, ripetuto due volte: nell'intento di diminuire il dolore, il paziente «che si sente il corpo carico» prova a defecare, senza riuscire, nè riesce ad emettere gas od urinare: spaventato, perciò, e sofferentissimo, si fa portare all'Ospedale, ove giunge a un'ora del mattino. All'esame obbiettivo riscontro: condizioni generali gravi, sensorio integro, decubito obbligato supino, a cosce semiflesse. Polso 88, temperatura 38°. Addome dolentissimo al minimo contatto, difesa muscolare spiccata su tutta la superficie addominale, prevalente a destra, ove la parete ha durezza lignea. Dolentissima la palpazione dei canali inguinali. A destra dell'ombelico sembra risiedere la zona più dolorosa, in corrispondenza della descritta area di maggior difesa muscolare. Scomparsa l'aia epatica. Interrogato il paziente se in passato abbia mai avuto dolori alla regione gastrica od epatica, lo nega: nulla, ugualmente, che faccia pensare ad un'anamnesi appendicolare: come unico precedente morboso, dice che negli ultimi giorni notò due scariche alvine al giorno, in media, semiliquide, ma che non vi pose attenzione, sia perchè non dolorose, sia perchè in quei giorni vi erano infiniti casi di diarrea nella popolazione.

Nega poi in modo assoluto di aver riportato traumi al ventre.

Nonostante che la anamnesi fosse muta, la diagnosi che sorgeva direttamente, senza possibilità di diagnosi differenziali, era: peritonite acuta da perforazione, pur restando dubbia la situazione e la natura della perforazione stessa: e con tale diagnosi intervengo, assistito dal collega dott. Magrini, alle 2 1/2.

Narcosi generale eterea. Laparotomia pararettale destra: all'apertura del peritoneo, fuoriescono liquido torbido e gas; le prime anse che si presentano, sono congeste, ricoperte di scarsi essudati fibrinosi; quasi subito si scorge, e si attira all'esterno, un'ansa del tenue che presenta una ulcerazione circolare del diametro di un centimetro o poco più, dalla quale si affaccia un tappo di materia fecale. Isolata l'ansa con pezze e detersa, si osserva che l'ulcerazione dista un centimetro dal margine mesenterico dell'intestino: è arrotondata, i suoi margini sono lisci, senza alcuna traccia di infiltrazione infiammatoria. Nessuna infiltrazione delle placche di Peyer, sia nell'ansa perforata che nelle altre. Suturo la perforazione a due piani, detergo alla meglio il peritoneo, cercando di frugare il meno possibile, verso dell'etere nella cavità, e suturo completamente a strati, la parete addominale, senza drenaggio. Tornerò poi su questo particolare.

Essendo mancato il reperto anatomico, non discuto la patogenesi della ulcerazione riscontrata: verosimilmente doveva trattarsi di un caso della così detta ulcera semplice del tenue, ma non approfondiamo la questione, in mancanza della prova istopatologica: lo scopo di questa pubblicazione è soltanto di avanzare alcune considerazioni terapeutiche, tratte dal decorso postoperatorio.

Sorvolo sui soccorsi accessori recati al nostro paziente, ipodermoclisi e proctoclisi quotidiane, iniezioni eccitanti, ghiaccio. Nei giorni 23 e 24 la temperatura oscilla da 37°.2 a 38°.5, il polso da 96 sale a 102-108; lingua alquanto asciutta; alvo chiuso alle feci ed ai gas; minzione copiosa fin dal mattino del 23, ripetuta poi regolarmente; il meteorismo va accentuandosi. Il giorno 24 condizioni stazionarie; alvo sempre chiuso ai gas, meteorismo notevole, dispnea. Il giorno 25 polso 120, 124, 130, respiro frequente e superficiale, temperatura 37°.8, 38°.5; minzione abbondante; alla fine della giornata, *passaggio ripetuto di gas* con grande sollievo dell'infermo, meteorismo sempre notevole. All'alba del 26, dopo altre emissioni di gas per l'ano, *il meteorismo è scomparso*, ed il paziente ha un'*abbondante scarica alvina* di materiale poltaceo, che si ripete poi altre due volte, alle 8 e alle 9; ma appunto dopo la prima defecazione il malato si aggrava a vista d'occhio, il polso sale a 136-

140, sopravviene subdelirio, cianosi, raffreddamento, ed egli muore a ore 14.

Durante la degenza, nulla all'apparato respiratorio. Autopsia non concessa.

Di fronte a questo caso disgraziato, viene naturale di domandarsi: fu la condotta operatoria corretta, o errata? Nulla mai di assoluto v'è in questa materia, ed io credo che buone ragioni vi siano per agire come ho agito. Altri avrebbero senza dubbio lasciati drenaggi: ma se si pensa che valenti chirurgi sono d'opinione che lasciare la cavità addominale aperta diminuisca la resistenza del soggetto ed aumenti lo shock, che la peritonite datava da meno di 5 ore, che la perforazione era del tenue, che si lavò con etere, che esistono statistiche eccellenti di peritoniti da perforazione trattate colla chiusura per primam (V. bibliografia: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), la mia condotta appare giustificata, tanto più che il mattino del 26 — all'inizio del quarto giorno — la peritonite appariva dominata, perchè il ripetuto passaggio di gas, iniziato la sera precedente la regressione rapida del meteorismo dal 25 al 26, le ripetute defecazioni, indicano chiaramente la cessazione della paresi intestinale di origine peritonitica. Il mio paziente non è dunque morto direttamente di peritonite, ed è appunto riflettendo a ciò che mi domando se, non il drenare ma addirittura un'altra operazione non avrebbe evitato l'esito letale.

***

Già nel 1887 Max Schede consigliava nella peritonite l'enterostomia, e nel 1893 Maunoury la difendeva al Congresso francese di chirurgia: nello stesso anno si pronunciava in suo favore Henrotin, e, indipendentemente la praticava Lennander, seguito poi da molti altri chirurgi. Beninteso, non si parla di enterostomia secondaria, diretta ad ovviare alla paralisi e distensione intestinale d'origine peritonitica, ma di enterostomia preventiva. Duval (1911) diceva di avere osservato che nelle perforazioni da tifo migliori risultati dava la fissazione dell'ansa alla parete e la sua fistolizzazione, che non la sutura o la resezione Krogius nello stesso anno 1911 pubblicò un notevole lavoro sull'argomento, con una statistica di 107 enterostomie, con 36 guarigioni: anche egli esegue l'enterostomia non come rimedio postoperatorio, ma anche d'emblée, come operazione complementare, da eseguirsi cioè dopo rimossa la causa prima della peritonite e dell'occlusione, in quei casi in cui l'arresto del circolo intestinale dati da alcuni giorni, e le anse sieno sovradistese.

Delore e Conrozier poi, hanno recentemente (1920) riproposto come trattamento di scelta nelle peritoniti acute l'enterostomia, quando tutto è stato fatto nel peritoneo. La lesione causale della peritonite, le sue complicazioni locali o generali devono essere trattate dapprima, e sistematicamente: ma tuttavia se ciò soltanto viene fatto, secondo i detti autori, una buona parte degli operati soccombono, pur senza aver avuto una peritonite diffusa, a causa del circolo vizioso che si stabilisce fra peritonite e ileo. L'intestino, coperto di peritoneo infetto, si paralizza: il suo contenuto fermenta: gas e liquidi in ritenzione sovradistendono le anse, aggravano la paralisi, mantengono la peritonite coll'impregnazione settica della sierosa a traverso le tuniche dell'intestino malato, e favoriscono l'intossicazione generale dell'organismo col riassorbimento incessante di secrezioni tossiche, sia enteriche che peritoneali. In tal caso la enterostomia, operazione sempre fattibile perchè poco lesiva, è l'operazione necessaria, e spesso sufficiente non solo a modificare un così disastroso stato di cose, ma ad impedirne l'insorgenza. La statistica di Delore e Conrozier dà 10 decessi e 12 guarigioni.

Che la causa della morte nei peritonitici sia soprattutto l'ileo, non sarà certo accettato da tutti: troppo lontano ci porterebbe la discussione del meccanismo di morte nelle peritoniti acute, ma è verosimile che molti malati di peritonite acuta non hanno il tempo di morire di ileo, come prova, del resto la statistica degli stessi D. e C., che nelle peritoniti diffuse settiche dà 7 morti su 7. Certo, non si può tuttavia negare che la tossiemia e la batteriemia dell'occlusione possano contribuire come alto coefficiente a deprimere la forza di resistenza del peritonitico che lotta con la morte; e che, rimossa la causa della peritonite (perforazione, ecc.), una enterostomia come operazione disintossicante possa essere un buon sussidio.

In caso di occlusione intestinale d'origine meccanica, l'enterostomia è stata sempre riguardata finora come operazione di necessità, da farsi solo quando le condizioni estremamente gravi del paziente o condizioni di ambiente impediscano di fare una operazione radicale; è una operazione in genere antipatica ai chirurgi, sia perchè è considerata di chirurgia inferiore, sia per il lungo trattamento postoperatorio e la frequente necessità d'un secondo intervento: operazione di scelta è considerata la vera disocclusione immediata, a prezzo di qualsiasi intervento indaginoso. Ma queste convinzioni sono pressochè generali solo

perchè nella occlusione si valuta ancora troppo il lato meccanico della questione, e si trascura il lato biologico. È noto ormai, ma non ancora abbastanza, che quando si vede morire un occluso operato, colla circolazione fecale già ristabilita, la causa della morte può essere appunto l'operazione eseguita... troppo bene, che invece di lasciar versare all'esterno una somma enorme di prodotti tossici, come farebbe l'enterostomia, liberandone immediatamente l'organismo, permette che la materia peccans passi da segmenti intestinali soprastanti all'occlusione, che avevano quasi perduto la facoltà di assorbire, a quelli sottostanti che assorbono rapidamente, e sovraccaricano l'organismo di un nuova ed ingente ondata di veleni. In sostanza, negli occlusi operati senza enterostomia, il momento più pericoloso è per l'appunto quello in cui l'occlusione viene tolta; ed essi non vi resistono, non sopravvivono, se erano prima fortemente tossiemici.

Questi concetti, bene sviluppati nella recentissima (1922) monografia di Guillaume sulle occlusioni intestinali, aggiungono un altro argomento a quelli addotti in favore della enterostomia da Delore e Conrozier, oltrechè dai più antichi fautori di tale operazione.

***

Dato il modo di vedere di Guillaume, e dato che nel paziente di cui ho riferito la storia sembra ragionevole ammettere che la peritonite fosse in via di risoluzione, mentre poi è morto appunto poco dopo abbondanti defecazioni, ho l'impressione che questa morte sia analoga non a quella di peritonitici, ma dei disocclusi: e che questa volta seguire il suggerimento di Delore e Conrozier poteva salvare il malato.

Non sarà sempre facile valutare, all'esperimento, la proposta di questi chirurgi, poichè sia in caso di guarigione che di morte, sarà impossibile sapere quale fine avrebbe fatto il malato con altri trattamenti: solo statistiche molto numerose, che mettano a confronto il metodo della enterostomia cogli altri metodi potranno risolvere la questione: ma il caso che ho descritto, sembra a me particolarmente suggestivo, e tale da far riflettere se l'enterostomia non debba davvero esser rimessa in onore più spesso, e le sue indicazioni allargate, anche al di là, per esempio delle indicazioni di Krogius: e cioè non eseguirla, come atto complementare, solo quando l'occlusione dati da alcuni giorni e le anse sieno distese, ma anche quando si possa temere che ciò avvenga in seguito, tanto più che la tossi-batteriemia non è affatto proporzionale al tempo trascorso in stato di ileo.

Settembre 1922.

BIBLIOGRAFIA.

Sulla questione dei drenaggi nelle laparotomie per peritonite:

1. BAUER. *Traitement de la péritonite aigüe suppurée libre.* Journal de Chirurgie, 1912, VIII, n. 2.
2. BLAKE. Annals of Surgery, 1903.
3. CARNELLI. *Contributo clinico al trattamento chiuso della peritonite acuta appendicolare.* Policlinico, Sezione pratica, 1915.
4. CIMORONI. *Sul trattamento delle peritoniti acute.* Rivista Ospedaliera, 1914, n. 13 (Statistica di BASTIANELLI).
5. DONATI. *Chirurgia dell'addome. Cap. Peritonite acuta.* Unione Tip. Editrice Torinese, 1914.
6. NÖTZEL. *Chirurgische Behandlung der diffusen Peritonitis.* Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 90.
7. SCHEIDTMANN. *Sur la question du drainage dans la péritonite diffuse.* Recensito nel « Journal de Chirurgie », 1912, IX, n. 4, dal « Deutsche Medizinische Wochens. », 1912, XXXVIII, 35.
8. SOLIERI SANTE. *Die gesteigerte Widerstandsfähigkeit des Peritoneum gegen Infektion bei der behandlung der akuten Appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. XXVI, 5, 1914.
9. WEIL. *Die akute freie Peritonitis.* Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, Bd. II, 1911.

Sulla enterostomia nelle peritoniti acute:

10. ARNAUD. *Le traitement des péritonites diffuses aigües.* Thèse de Lyon, 1911.
11. DELORE et CONROZIER. *L'entérostomie dans les traitement de la péritonite.* Revue de Chirurgie, 1920, LVIII, 11.
12. DUVAL. Thèse de Paris, 1911, citato nel « Journal de Chirurgie », 1919, XV, n. 5, p. 539.
13. KROGIUS. *Sulla enterostomia quale operazione d'urgenza nelle peritoniti ed occlusioni intestinali.* Recensito nella « Rivista Ospedaliera », 1912, n. 7, dal « Deutsche Medizinische Wochenschrift », 1911, CXII, nn. 4-6.
14. MAUNOURY. *A propos de l'entérostomie préalable.* Congr. franç. de chirurgie, 1893.
15. MAX SCHEDE. XVI Congresso tedesco di chirurgia, 1887.
16. SUMMERS I. E. *Enterostomy in the treatment of acute intestinal obstruction.* Surgery Gynecology and Obstetrics, XXXII, n. 5, 1921.
17. GUILLAUME A. C. *Les occlusions aigües et subaigües de l'intestin.* Paris, Masson, 1922.
18. MARINACCI. *Occlusione intestinale.* Roma, Imprimerie Polyglotte « L'Universelle ».

19. ROGER et GARNIER. *L'occlusion intéstinale: pathogénie et physiologie pathologique.* Presse médicale, 23 maggio 1906.
20. ROGER et GARNIER. Société de Chirurgie de Paris, 2 luglio 1919, et nov. 1920.
21. STONE B. HARVEY. *The toxic agents developed in the cours of acute intestinal obstruction and their action.* Surgery, Gynecology and Obstetrics, XXXII, 1921, n. 5.

L'insufflazione gassosa in un caso di occlusione intestinale

Dott. C. CATTERUCCIA.

Stralcio dal mio taccuino alcune note su di un caso clinico occorsomi tempo indietro, ritenendo non priva di speciale interesse la condotta da me seguita nel trattamento terapeutico del caso medesimo.

Nel marzo 1920, trovandomi in Lubriano, sono chiamato al letto di un'inferma, A. B., di anni 53, sofferente di carcinoma entero-peritoneale e già operata nel giugno 1919. Mi si riferisce che la paziente non ha scariche ventrali da circa una settimana e che versa in condizioni gravissime.

Trovo l'inferma profondamente abbattuta, pallida, con i lineamenti deformati, lingua arida, polso piccolo, frequente, aritmico, respiro superficiale, temperatura subnormale, estremità fredde e lievemente cianotiche. Ella accusa dolori colici diffusi con vive esacerbazioni ricorrenti che si originano verso il fianco sinistro; ha avuto eruttazioni e vomiti alimentari, biliari, fecaloidi. Diuresi abolita da parecchie ore. Il ventre è fortemente tumido, globoso, con cicatrice ombelicale estroflessa; l'intestino meteorico in alto grado è percorso di quando in quando da peristalsi violenta; alla palpazione, che è poco dolorosa, riscontro al fianco sinistro in corrispondenza di una vasta cicatrice chirurgica, una tumefazione rotondeggiante grossa quanto una testa di neonato, impiantata profondamente, non spostabile, a superficie nodulare, di consistenza duro-fibrosa con zone meno resistenti, quasi pastose. Si tratta indubbiamente di un tumore misto dovuto al carcinoma e al ristagno di masse fecali al di sopra della stenosi neoplastica dell'intestino.

Il complesso predominante dei sintomi generali e locali dimostra all'evidenza trattarsi di occlusione intestinale acuta interessante il colon discendente poco al di sotto dell'angolo splenico.

Apprendo dai famigliari che sono stati ripetutamente tentati invano i più svariati mezzi, per evacuare l'alvo dell'inferma e debellare la crisi: purganti, enteroclisi d'acqua salata, oleosa, saponata; impacchi freddi e caldi sull'addome, antispasmodici, ecc. Il caso si presenta di estrema gravità, dato anche lo stato profondamente cachettico della paziente.

L'insistere ancora con enteroclisi a maggior pressione potrebbe comportare l'eventualità di una rottura dell'intestino minato dal processo cancerigno. Controindicazione assoluta dei purganti. Sconsigliabile un intervento chirurgico date le condizioni della paziente e la notevole lontananza dell'ospedale. Inutili sul momento le palliative lavande gastriche, essendosi lo stomaco già sbarazzato di ogni contenuto. Penso al famoso clistere elettrico di Henrot e Boudet, i quali contano al suo attivo brillanti successi; ma in una condotta rurale è tutt'altro che facile avere subito a portata di mano l'istrumentario occorrente, inoltre la eccitazione elettrica può solo nell'ileo paralitico riuscire veramente utile. Che fare?... Mi balena in mente la cura dell'insufflazione gassosa e risolvo, dopo una certa esitazione, di intervenire con tale metodo.

Tra i sistemi proposti da vari autori, quali Richardson, Curshmann, Ziemssen, Senn, Nothnagel, ecc., scelgo il più semplice e di più facile attuazione: quello dello Ziemssen. Questo clinico, a simiglianza di quanto propone Frerichs per la dilatazione gassosa dello stomaco a scopo diagnostico, consiglia di introdurre successivamente nell'intestino 18 grammi di acido tartarico e grammi 20 di bicarbonato di sodio in soluzioni acquose separate: si sviluppa acido carbonico che, dilatando il lume intestinale ed eccitando la peristalsi, favorisce la progressione di eventuali masse ostruenti, la riduzione di invaginamenti, ecc. Senza ulteriore indugio mi accingo a porre in atto il sistema prescelto, sebbene conscio dei gravi pericoli inerenti ad esso.

Mediante una grossa pera di gomma faccio introdurre l'una dopo l'altra nell'intestino le due soluzioni di mezzo litro ciascuna; lo sviluppo del gas ha inizio, non appena i liquidi vengono a contatto fra loro. Si raccomanda alla paziente di contenere ogni emissione di gas, mentre la si coadiuva con l'applicazione di un tampone di ovatta fortemente premuto contro l'orificio anale. Si odono gorgoglii e borborigmi rumorosi in tutto l'ambito dell'addome, la cui tensione è notevolmente aumentata. L'inferma accusa violenti dolori colici ed ha nuovi conati di vomito. Poco dopo vien tolto il tampone. Si ha emissione di gas a scariche frequenti seguite da scarse evacuazioni di feci diarroiche leggermente ematiche. Dopo un nuovo lancinante attacco di dolori colici la paziente emette una certa quantità di escrementi solidi in piccoli boli e in frammentini irregolari, e più tardi, a varie riprese, abbondanti feci poltacee, fetidissime, commiste a marcia sanguinolenta. Insorge febbre elevata, preceduta da brividi, la quale scompare il giorno seguente con modica sudorazione. Scomparsa la febbre, migliora notevolmente lo stato generale dell'inferma. I dolori colici cessano quasi del tutto, il meteorismo è pressochè scomparso, il tumore è fortemente ridotto, il polso è meno frequente e più valido, l'urinazione normale.

La paziente ha quotidianamente una o due scariche ventrali, senza ricorrere quasi mai a lassativi o all'enteroclisma. Ella può abbandonare dopo una diecina di giorni il letto e fare anche delle brevi gite in carrozza. In questo frattempo io mi trasferisco in una condotta presso Roma.

L'inferma viene a soccombere in seguito per il fatale progredire dell'affezione neoplastica.

Ho creduto opportuno e doveroso illustrare il caso occorsomi, per dimostrare ai colleghi come un metodo di cura facilissimo, attualmente quasi da tutti abbandonato, possa invece rendere servigi insperati nell'occlusione intestinale, quando siano fallite o inattuabili le altre risorse terapeutiche.

L'insufflazione gassosa agisce dilatando e svolgendo l'intestino con una pressione elastica ed uniforme su tutti i punti — ciò che non può assolutamente realizzarsi mediante le comuni enteroclisi — ed attivando la peristalsi, come fu già detto, per l'azione eccitante dell'acido carbonico. Volendo regolare la pressione secondo necessità e prudenza, ottimo è il dispositivo suggerito da Curshmann.

Esistono certo controindicazioni assolute per l'insufflazione gassosa, quando processi infiammatori, ulcerazioni e altre lesioni degenerative minino la resistenza delle pareti intestinali — e nel mio caso l'intervento fu in verità eccessivamente audace — ma a parità di condizioni tale metodo è sempre meno pericoloso dell'enteroclisi, la cui azione, efficace nel rammollire le masse fecali ostruenti ed eccitare la peristalsi, non può affatto essere impiegata come pressione interna per dilatare, svolgere e svaginare l'intestino. Un clistere di mezzo litro può rompere il colon di un bambino di tre mesi (Power).

Concludendo, il metodo dell'insufflazione gassosa nella cura dell'ileo meccanico merita di essere tratto dall'oblio, al quale, credo, fu troppo severamente condannato; il medico pratico potrà ricorrere ad esso, a tempo opportuno e con le debite cautele, in casi di intussuscezione intestinale, di ostruzione per scibale, elminti e corpi estranei, di occlusione per gomitatura e per strozzamento da processi neoplastici e cicatriziali.

Del resto varie statistiche (S. Thomas Hôpital, Wiggin, ecc.) offrono al riguardo risultati abbastanza soddisfacenti.

Magliano Sabino, dicembre 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

A proposito dell'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento

pel dott. SALVATORE RAPISARDI, assist. volont.

In un'altra nota (1) ho brevemente esposto i risultati delle mie ricerche sulla influenza spiegata dal calcio nel processo di fissazione del complemento nella sifilide, dimostrando: 1) che il comportamento dei sieri luetici a reazione di Wassermann positiva rimane immutato dopo la eliminazione del calcio; 2) che in numerose analisi, constatate anche dal dottor Condorelli, non si è potuto rilevare nessun apprezzabile aumento del contenuto in calcio dei sieri R. W. positivi rispetto a quelli R. W. negativi contrariamente a quanto sostiene Pietravalle in un suo recente lavoro (2).

In seguito alle discussioni sorte recentemente sull'argomento (3) mi piace dar conto succintamente dei risultati di un gruppo di esperienze di controllo che nella precedente nota volli tralasciare.

Il Pietravalle sostiene che i sali neutri dei metalli alcalino terrosi ostacolano a dosi piccolissime l'emolisi; basterebbero, secondo l'autore, cmc. 0.06 di una soluzione al 3% di $Ca\ Cl_2$ per inibire l'emolisi in assenza di siero ed antigene, invece in presenza sia dell'uno che dell'altro sarebbero sufficienti cmc. 0.20 di una soluzione al 0.3%: tale inibizione si avrebbe con le stesse dosi di calcio nei sieri luetici anche in assenza dell'antigene.

Dalle mie esperienze, delle quali non riporto le tabelle per brevità, risulta che *per inibire lievemente l'emolisi occorrono cmc.* 0.50 *di una soluzione al* 3% *di* $Ca\ Cl_2$ — (*quantità circa* 10 *volte maggiore di quella riscontrata dal Pietravalle*), che nessuna influenza spiega la presenza del siero negativo e che l'aggiunta dell'antigene fa spostare a cmc. 0.40 la quantità di $Ca\ Cl_2$ al 3% necessaria per dare una lievissima inibizione.

L'aggiunta di cmc. 0.20 di $Ca\ Cl_2$ al 3% ai sieri luetici — in assenza dell'antigene — non ha mai conferito potere anticomplementare, anzi posso affermare che in tali condizioni

(1) RAPISARDI S. *Sul meccanismo della R. W.* Bioch. e Ter. Sperim., 1923.
(2) PIETRAVALLE. *Sulla natura delle reagine luetiche, ecc.* Annali d'Igiene 1922.
(3) Seduta del 24 giugno 1923 dell'Accademia Medica di Roma.

non ho riscontrato differente comportamento tra sieri luetici e non luetici (1).

Al Pietravalle che era partito da dati di fatto errati, « *sorse l'idea che il magnesio ed il calcio componenti normali e costanti del siero di sangue potessero essere aumentati nel siero dei soggetti luetici* ». Egli ha creduto di dimostrare vera la sua ipotesi con una analisi di un miscuglio di sieri a R. W. positiva in cui avrebbe trovato, fatto veramente straordinario, un aumento del calcio di circa 20 volte il tasso normale!!! — fenomeno veramente impressionante giacchè possiamo dire che esso non ha riscontro nei fatti fin'ora osservati nel campo della chimica biologica; e questo straordinario perturbamento nel ricambio del calcio — altro fatto veramente strano — non si accompagna a nessuna apprezzabile manifestazione clinica.

Del resto risulta dalle nostre esperienze che non una cifra di gr. 2.6 ‰ (!) di CaO — riscontrata dal Pietravalle nei sieri luetici — sarebbe sufficiente per dare inibizione ma una quantità più di 50 volte maggiore, giacchè come abbiamo più sopra ricordato sono per ciò necessari 0.50 cmc. di una soluzione al 3% di Ca Cl_2. Quindi un siero luetico per inibire l'emolisi a causa del calcio che contiene dovrebbe avere un tasso di gr. 150 ‰ (!) di Ca Cl_2.

A questo si aggiunga che noi nelle esperienze in vitro abbiamo adoperato il sale di calcio elettroliticamente più attivo e che invece la maggior parte del calcio contenuto nel sangue si trova legato o all'acido fosforico o alle sostanze organiche.

Credo che dopo questi dati di fatto al Pietravalle non convenga più sostenere che « *la reazione di Wassermann potrebbe essere sostituita dal dosaggio del calcio nel siero da esaminare* ».

I nostri ringraziamenti vadano all'illustre prof. Zeri.

Roma, giugno 1923.

(1) La quantità di siero adoperato è stato sempre di cmc. 0.10.

LEZIONI.

Le sindromi cliniche delle eritroblastosi.

Conferenza tenuta all'Ordine dei Medici di Padova dal prof. G. GHEDINI, della R. Università.

Quando nel midollo osseo la proliferazione degli elementi emoglobinici si compia in soverchiante prevalenza su quella delle leucocellule e tale si estenda anche in zone midollari ordinariamente in riposo, si definisce *eritroblastico* il processo e il tessuto midollare che ne risulta.

Gli elementi rossi che prevalentemente lo costituiscono sono i proeritroblasti, gli eritroblasti, gli eritrociti, i megaloblasti, i megalociti, cioè elementi rossi in diverso stadio evolutivo; gli elementi bianchi che contribuiscono alla neoformazione sono i mieloblasti, i promielociti, i mielociti, i polinucleari e in minor numero e con minor frequenza gli emocitoblasti, le mastzellen, le cellule di Rieder e di Türck, ecc.

La neoformazione ha sede precipua, spesso unica, nel midollo osseo; quando abbia diffusione anche negli organi che appartengono al sistema emopoietico è di così scarso sviluppo da crearvi lievi o appena discrete modificazioni obiettive. Le modificazioni a carico degli organi (milza, linfogangli, fegato) sono conseguenziali e consistono principalmente in congestioni vascolari, in aumento di eritrofaghi, di pigmento ematico e ferrico libero e inglobato tanto nella milza che nel fegato che nei linfogangli, e in secondo tempo in reazioni iperplastiche connettivali.

***

I fattori eziopatogenetici di questo morbo non sono in molti casi identificabili — in altri non sono assolutamente accertati — in alcuni si possono ritenere accertati.

È alla infezione tubercolare che in qualche caso va riferita l'origine del processo. Lo dimostrano i frequenti reperti anatomo-patologici positivi, i granulomi tubercolari frequentemente riscontrati specie nella milza di soggetti che già avevano presentato la sintomatologia della ipereritroglobulia vera come nei casi di Nägeli.

Lo dimostrarono a me e ad Ollino i reperti ematici e midollari di soggetti affetti da tubercolosi polmonare ad andamento torpido e relativamente benigno, a forma così detta florida, soggetti ben nutriti, di aspetto robusto, di colorito roseo e rosso i quali possedevano emazie ed emoglobina oltre la norma ed il midollo osseo in iperattività eritroblastica.

Lo confermano gli analoghi reperti ematici di Mircoli, di Roque e Cordier in casi di tubercolosi.

Lo confermano, sebbene indirettamente, i buoni risultati terapeutici ottenuti da Castromàn in due casi ipereritroglobulia vera con la vaccinazione antitubercolare.

Lo confermano i reperti ematici di Mircoli, e quelli ematici e midollari di Patrone ottenuti in animali sottoposti all'azione di veleni tubercolari e che sono quelli propri della ipereritroglobulia, rispettivamente della eritroblastosi.

È all'infezione sifilitica che in qualche altro caso ne va riferita l'origine come in quelli di Gläsner, di Gallavardin e Bertay, di Winter, di Lutembacher, ecc.

Ma in non pochi casi può, anzi deve essere invocato nella patogenesi, l'intervento di peculiari ormoni endocrini eritromielostimolatori come nel caso di ipopituitarismo con policitemia di Brown.

Oppure l'intervento di peculiari prodotti splenici eritromieloinibitori in difetto come sostengono Hirschfeld e Weinert.

Oppure eritromielostimolatori in eccesso come sotiene Naswitis, i quali ultimi si formerebbero specialmente in seguito agli esagerati processi eritrolitici intrasplenici analogamente ai *Wundhormone* od ormoni delle ferite di Haberlandt.

Certo è comunque che il processo può nascere ed evolvere senza significato di reazione secondaria o compensatrice come se fossero in atto fattori ipoglobulizzanti e con significato di neoformazione primitiva si quando si identifichino gli agenti causali si quando non si riesca a riconoscerli, poichè è altrettanto ovvio che per affermare la individualità istoanatomica di un determinato processo morboso non è necessario metterne in evidenza il fattore etiopatogetenico in via assoluta. Se si avesse questa rigida pretesa molte, moltissime entità nosografiche dovrebbero essere negate perchè purtroppo quasi ad ogni pagina della patologia siamo di fronte a simili incognite.

***

Le manifestazioni cliniche della eritroblastosi si possono compendiare nei seguenti ectipi.

Un primo tipo è costituito da quei casi che presentano tegumenti e mucose di colorito rosso vinoso, vene turgide, temperatura spesso sotto norma.

Talora emorragie nella cute, nelle sierose, nelle mucose gastro intestinali, nella retina ed escare, algie, cefalea, vertigini, sonnolenza ed anche disordini renali pseudonefritici, tumore di milza, meno spesso di fegato. Volume totale del sangue doppio; ipereritroglobulia con 7-10 milioni, più di raro come nei casi di Koster, Tancre, Hnàtek di 14 milioni et ultra di emazie — talora anisocitosi come nei casi di Rominger e Bonniger, policromatofilia come in quelli di Decastello, basofilia come in quelli di Senator, talora leucocitosi, talora piastrinosi — di ordinario aumento assoluto del tasso emoglobinico (150-240 %) — valore globulare indifferente — resistenza emazie variabili — spesso diminuita. Caratteri biochimici della emoglobina normali. Ossiaffinità dei singoli eritrociti indifferente ma aumento del contenuto totale dell'ossigeno ematico. Viscosità aumentata. Coagulabilità variabile. Densità e residuo secco del sangue in toto aumentati. Diminuiti quelli del siero. Glucosio indifferente. Grasso in quantità doppia della normale. Fosforo e ferro in toto aumentati. Refrattometria normale.

Eliminazione urobilina e ferro aumentata.

Costituiscono questo tipo ricca casistica alla quale hanno contribuito particolarmente Vaquez, Senator, Parkes, Weber, Lutembacher e altri.

Varietà di questo tipo clinico si considerano, la forma *eritromelalgica* caratterizzata da rossore e da algie sopratutto localizzati all'estremità; la forma *ipertonica* caratterizzata da aumento più o meno cospicuo della *pressione arteriosa*, da cuore ipertrofico, da meno aumentato tumore splenico; la forma ipereritro e leucoglobulica caratterizzata anche da aumento dei *globuli bianchi*, tale da assumere il significato subleucemico o leucemico come nei casi di Blumenthal, Aubertin, Rosini, ecc.; la forma emoglobinurica caratterizzata da accessi di emoglobinuria parossistica.

***

Un secondo tipo è costituito da quei casi che presentano fenomeni obbiettivi e subbiettivi analoghi a quelli del tipo ora descritto compresi quelli ematici, ma inoltre tinta dei tegumenti e delle mucose subitterica o itterica, urobilinogeno, bilirubina, ematoporfirina e prodotti similari nel siero; urine senza pigmenti biliari ma con urobilina, feci ben pigmentate, fegato ingrossato, di modica consistenza, liscio, a bordi arrotondati, poco dolente.

Fenomeni che di ordinario si manifestano fin dai primissimi anni di età del soggetto e che decorrono piuttosto miti tanto da permettergli ordinarie ed obbligate occupazioni, ma che di tanto in tanto si esacerbano aggiun-

gendosi febbre, disordini intestinali, considerevole miastenia.

Costituiscono questo tipo tra gli altri i casi di Bouchan e Combrie, di Michel, di Rosenasfeld, di Guinon, Rist, Simon, Troisier, Mosse, Mayer; quelli descritti da Lephene, Scheel, Feigl e Querner con la designazione di *itteri latenti dinamici della policitemia* e non pochi di quelli designati come itteri emolitici congeniti o eredo famigliari.

***

Un terzo tipo è costituito da quei casi che presentano molti dei fenomeni obbiettivi e subbiettivi e decorso analoghi a quelli del tipo precedente, ma se ne differenziano per la presenza di uno stato oligoemico in genere modico o modicissimo confermato dallo esame del sangue che rileva d'ordinario modica ipoglobulia la quale anzi in qualche caso, o in saltuari periodi di qualche caso può mancare. Talora non si rilevano apprezzabili modificazioni morfologiche nè tintoriali degli eritrociti e così dicasi della loro agglutinabilità, resistenza, ecc., spesso invece si riscontra aniso e poi chilocitosi, policromatofilia e granulobasofilia, normo e megaloblastosi, iporesistenza alle soluzioni ipotoniche. Talora parimenti non si rilevano apprezzabili modificazioni numeriche nè morfologiche dei leucociti, altre volte si riscontrano lieve leucocitosi oppure leucopenia, talora mielocitosi o altre forme midollari immature e atipiche. Infine si riscontrano nel siero sali biliari, urobilinogeno, ematoporfirina ecc. e spesso iso o eteroemolisine.

Ritengo che appartengano a questo tipo grande parte dei casi descritti con la designazione di itteri cronici acolurici splenomegalici o di itteri primitivi emolitici o di splenomegalie emolitiche, ecc., particolarmente quelli denominati congeniti da Chauffard e seguaci.

***

Un quarto tipo può essere costituito con un gruppo almeno di casi di ittero dei neonati, anche nelle sue forme più gravi e maligne e sopratutto di quelle famigliari, ereditarie che non si accompagnano con manifestazioni cliniche e con dati positivi propri di uno stato infettivo, che si accompagnano invece coi segni ematici di una tumultuaria atipica proliferazione midollare rappresentata da emazie granulose, policromatofile, da megaloblasti e megalociti, da mielociti, mieloblasti, ecc., come ad es., sono i casi di Gurke, Abel, Poynton, Heimann, Slawich, Maliwa, Silbermann.

***

Un quinto tipo è costituito da quei casi che presentano fenomeni obiettivi e subiettivi simili a quelli del tipo III o IV compresi quelli dello stato policitemico oppure oligoemico e inoltre segni obiettivi diretti e indiretti di *epatite interstiziale mista* e quindi fegato indurato, talora ingrossato, turgore dei vasi venosi superficiali addominali, ascite, emorragie cutanee, e mucose.

Appartengono a questo tipo i casi di Ghedini, Türk, Fiessinger, Mosse, Hamilton, ecc., e come è fondato ritenere, un gruppo almeno di quelli descritti con la denominazione di cirrosi ipertrofica ipersplenomegalica da Gilbert, Fournier, Lerebulet, Eppinger, ecc., oppure di cirrosi ipertrofica da Hanot, ecc., e mi riferisco specie a quelli nei quali la splenoctomia ha indotto la scomparsa dell'ittero e nei quali la milza fu riscontrata riccamente siderotica.

***

Un sesto tipo è costituito da quei casi che presentano stato oligoemico più o meno grave, talora gravissimo simile a quello pernicioso, colle modificazioni ematiche, correlative, e insieme tumore di milza, più o meno cospicuo. Spesso, a poussées, presentano lievissima tinta subitterica delle sclere, con aumento del pigmento fecale e dell'urobilinogeno.

Talora questi ultimi fenomeni permangono e si aggravano e il caso assume la sintomatologia del tipo IV.

Costituiscono questo tipo i casi di Guizzetti, Renon e Richet, di Chauffard, e di Eppinger ecc., e particolarmente quei casi di *anemia* così detta *splenica* che dopo splenectomia hanno presentato iperglobulia come i casi di Schupfer, Klemperer, Hirschfeld, Plehn, ecc.

Riassumendo: l'eritroblastosi può manifestarsi e decorrere con o senza aumento delle emazie e dei leucociti e anche con diminuzione, con o senza modificazioni qualitative di questi elementi, coi fenomeni della policetemia o della oligoemia e anche della anemia grave perniciosa, talora con aggiunta di quelli della leucemia o subleucemia, con o senza ittero, ordinariamente con splenomegalia, talora con tumore epatico e cirrosi.

Quale interpretazione si deve a questa assai accentuata varietà di espressioni sintomatologiche?

La domanda non va lasciata senza risposta, se è vero che la clinica non è scienza quando trascuri di perscrutare le fonti originarie dei fenomeni e si limiti alle loro apparenze più tangibili e volgari.

Come la iperereritroglobulia derivi dalla eritroblastosi, come compaiano in circolo elementi eritroidi non ordinari; come qualche volta compaiono elementi bianchi in quantità e qualità abnormi, non è difficile illustrare e comprendere. Sono in sostanza fenomeni che avvengono con meccanismo perfettamente analogo a quello fisiologico e che se ne differenziano da un lato per la intensità con la quale si determina la proliferazione midollare specie delle serie rosse; d'altro lato per la intensità per la quale si determina il passaggio dal focolaio di origine in circolo degli elementi neoformati. E poichè la proliferazione specie degli elementi rossi è di ordinario tumultuaria, talora di tipo embrionale, si comprende anche la possibilità di riscontrare in circolo, i normo, i megaloblasti, gli eritrociti basofili, i policromatofili, i macrociti, ecc., che le son propri.

Come poi essendo in atto il processo mielo eritroblastico si possano non rinvenire in circolo elementi rossi o bianchi, in qualità e quantità abnormi, anzi talora in minor numero, si interpreta con maggior difficoltà, anzi non è dato invocare che il concorso di semplici ipotesi sebbene razionali, analogamente a quanto è concesso per la interpretazione delle aleucemie nel corso delle mielo rispettivamente linfoblastosi e di esse mi limito a ricordare la presunta assenza di leuco ed eritropine in circolo.

È tuttavia a questo punto necessario rammentare che spesso la mancanza di elementi rossi in sopra numero va riferita ai processi eritrolitici così attivi, specie per opera della milza, da soverchiare la iperproduzione eritrocitica midollare.

Più facilmente è spiegato il tumore di milza.

Generalmente contribuiscono a costituirlo processi congestizi attivi, aumento di polpa aumento di macro eritrofaghi, di eritrociti ed eritroblasti, aumento dei prodotti secondari, della eritroressi ed eritrolisi, più di raro la comparsa di veri nidi eritroblastici e di focolai metaplastici mieloidi come notarono Westenhofer, Hutchinson, Müller.

Talora vi contribuiscono processi fibroodenici con aumento del connettivo intrasplenico.

Analoghi fattori contribuiscono a formare il tumore di fegato e cioè processi congestizi, eventuali focolai eritro e mieloblastici, aumento di eritrofaghi, aumento di prodotti eritrolitici e di pigmenti biliari, congestioni biliari e talora iperplasie connettivali.

L'aumento del materiale biliare fecale, la presenza di urobilina e di prodotti affini nel siero sanguigno e nelle urine, l'ittero sono dovuti all'opera combinata di tre elementi sostanziali, all'accresciuta quantità di eritrociti e quindi di materiale pigmento formatore, alla accresciuta attività delle cellule reticolo endoteliali di Aschoff, Lindau o cellule itterogene o cellule di Stern e di Kupper per le quali come dimostrarono con recenti ricerche Hymans vam den Bergh e altri, si possono formare urobilina, bilirubina, pigmenti biliari, nel fegato, nei gangli linfatici, nel midollo e sopratutto nella milza.

Subordinatamente alla produzione e accentuazione dello stato itterico possono contribuire la maggior concentrazione del liquido biliare, la minor sua fluidità l'ingorgo e la trombizzazione dei canali biliari, le loro eventuali flogosi catarrali ed ostruenti, ecc., seppure non si accetti la diretta produzione di pigmenti dai detriti ematici depositati nei tessuti.

Con la guida di questa conoscenza ci è senza dubbio consentita una esauriente interpretazione della variabile sintomatologia clinica della eritroblastosi. Essa va riferita essenzialmente alla minore e maggiore intensità della proliferazione eritroblastica, alla minore e maggiore emissione in circolo degli elementi neoprodotti, alla maggiore e minore eritrocateresi intrasplenica, epatica, linfoghiandolare, alla minore o maggiore attività delle cellule itterogene, e in concomitanza a tutte quelle condizioni individuali e viscerali che costituiscono la personalità, che creano la predisposizione generale e territoriale ad un determinato morbo e lo rendono multiforme e singolare per rapidità e lentezza di decorso, per gravezza o leggerezza di fenomeni, per accessori morbosi differentemente caratteristici.

Non soltanto; più ed oltre che i singoli fenomeni ci è consentito interpretare i loro raggruppamenti in complessive sindromi cliniche; accenno particolarmente a quelli più discussi, a quelli di patogenesi, tutt'ora da molti ritenuta non definita e non definitiva: alle anemie splenomegaliche, all'ittero cronico acolurico splenomegalico, congenito ed acquisito ipo- o ipereritroglobulico.

Nel gruppo di fenomeni che compongono queste due distinte forme cliniche, le *modificazioni morfologiche* degli elementi rossi circolanti, quelle *fisico chimiche*, (fragilità) che in alcuni casi sono simili od identiche a quelle dell'anemia di tipo pernicioso, vanno riferite alle alterazioni midollari indotte dal processo eritroblastico; le *alterazioni numeriche di essi* e lo stato anemico consenguenziali vanno sopra tutto riferiti alla iperattività emolitica, emocateretica splenica, processo distruttivo che

notevolmente supera quello riproduttivo midollare; la *splenomegalia* va riferita sopratutto all'aumento quantitativo dei suoi elementi emodistruttori (macrofaghi, cellule del reticolo endoteliale) e ai prodotti emateci derivanti; alla congestione, talora alla iperplasia connettivale e follicolare; l'*ittero*, ordinariamente cronico, permanente nella seconda e ordinariamente saltuario nella prima, l'iperpigmentazione fecale, l'urobilinuria vanno riferite a detti processi emocateretici e in parte itterogenetici splancnici ma anche epatici.

Così che il quadro rimane lumeggiato in ogni suo dettaglio clinico e patogenetico meglio che con altri dati ed argomenti che mal resistano ad una seria valutazione, ad un severo controllo pratico e sperimentale. Dati ed argomenti, discussioni e critiche che io qui non ripeterò tanto più che una mia pubblicazione precedente ne contiene larga trattazione.

Così si spiegano anche i risultati ottenuti in queste forme morbose con la splenectomia: il pronto accrescimento del numero delle emazie talora così accentuato da ingenerare vera iperglobulia come fu osservato da Meyer, Brieger e Forschbach, Wideroe e Jervel, Lambert e Delannoy, ecc.; la frequente persistenza di una loro atipica morfologia; la diminuzione o la scomparsa dell'ittero.

Si riesce così a stabilire come e perchè possa avvenire il trapasso di una policitemia in una oligoemia e viceversa — di una anemia splenomegalica semplice in una anemia splenomegalica di tipo ematologico così detto pernicioso, oppure in una forma di ittero cronico splenomegalico e viceversa — di una policitemia in una mieloblastoleucemia (Brieger e Forschbach) o viceversa; la presenza di elementi rossi atipici e morfologicamente eguali tanto in casi di policetemia che di anemia splenomegalica, che di ittero di neonati (Fortunato, Engel, Gurke).

Illustrazioni di grande importanza se valgono a precisare fatti e avvenimenti altrimenti oscuri e anche a guidare più sicuramente e vantaggiosamente la prognosi e la terapia.

A proposito della quale concedete, egregi colleghi, che io sottragga al vostro tempo ancora brevi momenti.

Mansione prima, logicamente scientifica della terapia nella eritroblastosi è certo quella che si impone in ogni morbo e cioè quella che viene indirizzata a combattere o eliminare gli agenti etiologici. E poichè ho più sopra ricordato i fattori tubercolari, sifilitici, endrocrini è ovvio come ogni qualvolta si sospetti o si identifichi o l'uno o l'altro di essi il primo tentativo terapeutico sia contro a quello impegnato. Nè qui ricorderò i mezzi ben noti a tutti voi che sono in tali evenienze e per quei fattori consigliati. Farò eccezione soltanto per la vaccinazione antitubercolare che nelle mani di Castromán riuscì assai efficace in due casi di polieritroglobuglia eritroblastica.

Mansione altrettanto importante e altrettanto logicamente scientifica è quella che ha per fine di colpire il processo morboso nel suo nido anatomico originario; è quella che ha per fine di inibire la iperproduzione eritrocitica nella compagine stessa del midollo osseo, annullando l'azione degli agenti eccitatori, affievolendo l'attività generatrice degli elementi cellulari, specificatamente degli eritroblasti.

Per conseguire questa finalità si è ricorso al *benzolo*, avendone presenti le influenze inibitrici esercitate sugli elementi bianchi comprovate dai risultati ottenuti da alcuni Aa. nelle sindromi leucemiche delle mielo-linfoblastosi. E in mano di qualche A. e nel quantitativo di 1 gr. pro die apparve più o meno efficace, ma ad azione eminentemente transitoria.

Si è ricorso alla emanazione del torio, del radio, applicate alle grandi ossa intendendo così di influenzare estese porzioni di midollo eritroblastico e se ne ebbero incerti risultati. Si è ricorso ai raggi X e precisamente da me per la prima volta nel 1918 mentre ero addetto alla clinica medica di Genova; quei primi tentativi seguiti da promettenti successi resi pubblici dal mio Maestro nella lezione clinica di chiusura di quell'anno furono poi ripetuti in casi analoghi e con lo stesso indirizzo e con analoghe modalità da molti altri Sanitari, e radiologi specie francesi e tedeschi, (Schönig, Högler, Brieger e Forschbach, Béclère, Pedergrass, ecc.). Ed oggi dopo estesa esperienza, si può ritenere per certo che i raggi X applicati alle grandi ossa, specie con gli accorgimenti tecnici propri alla Röntgenterapia profonda, riescono veramente efficaci al fine di inibire la eccessiva proliferazione eritroblastica come può essere constatato colla diminuzione delle emazie circolanti nei policitemici. Effetti che non restano limitati al periodo della applicazione ma che possono successivamente permanere più o meno durevoli. Ricordo tra gli altri i cinque casi di eritremia così trattati da Franz Högler nei quali la diminuzione continuò fino a dopo un anno e mezzo dalla applicazione e non accennava a mutamenti.

Mansione pure logica, ma non altrettanto rigorosamente scientifica, è quella di sottrarre dal circolo gli eritrociti quando siano eccessivi, come nelle sindromi poliglobiliche oppure di distruggerli con mezzi artificiali.

Il primo fine si cercò di conseguire col salasso, e le sottrazioni abbondanti e ripetute di sangue in mano di Hörder, Herrnheiser, ecc. riuscirono, come era da attendere, a diminuire il numero degli eritrociti e ad attenuare i fenomeni pletorici e le varie alterazioni funzionali, ma è altrettanto ovvio che il successo si limitasse e si limiti a breve periodo.

Così che se l'intervento è consigliabile in via di urgenza, per il conseguimento di una provvidenza immediata, sotto la minaccia di gravi sintomi, non pare altrettanto consigliabile in diverse situazioni. Il secondo fine si cercò di conseguire coi mezzi chimici somministrando i così detti veleni ematici e particolarmente, seguendo i consigli di Eppinger, con la fenilidrazina. E in fatto il fine è stato raggiunto ma non è scevro di inconvenienti (Högler) e non lo credo quindi indicato.

Viceversa si presentano eventualità, e sono quelle che vanno raggruppate nella casistica o delle anemie più o meno gravi con splenomegalia o degli itteri cronici con splenomegalia in cui mansione logica appare quella di eliminare l'eccessiva attività eritrolitica degli organi, sopratutto dell'organo, che in particolare intensa misura suole esplicarla.

Questo scopo fu in gran parte conseguito con la splenectomia e lo dimostrano i successi ottenuti da Eppinger, Hitzrot, Lotsch, ecc. In casi di anemia grave con splenomegalia, e quelli pure apprezzabili resi noti da Lotsch, Wideroe e Jervel, Meyer, Sauer, ecc, in casi di ittero cronico con splenomegalia.

Aggiungo che tentativi intesi a conseguire analoghe finalità con metodi incruenti e precisamente coi raggi X applicati alla milza rimasero in genere sterili (Högler, e altri).

Questo intervento — la splenectomia — per le nostre cognizioni attuali sulla patogenesi di queste forme non appare soltanto logica, appare anche rigorosamente scientifica.

Difatti togliendo la milza non solo si elimina il fattore che contribuisce principalmente a determinare o l'ipoglobulia o l'ittero o l'uno fenomeno all'altro associato, ma sì bene ad eliminare fattori che contribuiscono a sostenere singolarmente vivace l'iperproduzione eritrocitica, sono quelli ormoni splenici, sono quei prodotti della eritroressi che valgono ad esercitare potente azione eritrostimolatrice. Onde è che con la splenectomia non si interviene soltanto terapeuticamente contro l'epifenomeno, ma anche contro gli elementi patogenetici che fondamentalmente contribuiscono a mantenerlo.

E pertanto s'impone la conclusione che valide armi in mano non mancano per lottare con fiducia contro non poche e non lievi manifestazioni morbose della eritroblastosi.

Certo devono essere adoperate con prudenza, con perspicacia e con la guida di chi possa volta a volta diagnosticare oltre la sindrome anche la sua patogenesi, anche la sua entità anatomica, al qual fine contribuirà efficacemente, positivamente l'esame del midollo osseo intra vitam.

Ma una seconda conclusione non meno importante s'impone altresì. Si deve dedurre come fossero nel vero quelli osservatori che consideravano tutte queste sindromi legate d'intima parentela, figlie di una unica genitrice, anelli vari d'unica catena. Questa affermazione è espressa con particolare compiacenza da chi vi parla, da chi per primo se ne fece sostenitore, coordinando osservazioni e ricerche di altri autori, passando al vaglio di rigorosa critica talune opinioni e dottrine dominanti, sistemando l'abbondante ma confusa casistica, lumeggiandola e suffragandola nel corso di vari anni con indagini personali e con quelli di valenti collaboratori. Con particolare compiacenza, poichè gli scarsi consensi delle prime accoglienze oggi son diventati numerosi, come numerose sono le nuove osservazioni, i recenti fatti che la confermano mentre diminuiscono e sono svalorati a dissensi di allora e di oggi.

Conferme e successi che presto o tardi non possono mancare quando lo studio clinico sia ispirato da concezioni indipendenti, e dominato da metodica scientificamente positiva, quando venga opposta resistenza alla comoda accettazione di empiriche distinzioni e classificazioni, quando oltre e più che il fenomeno superficiale si tenda a ricercare e conoscere il fatto sostanziale che lo crea.

SUNTI E RASSEGNE.

ONCOLOGIA.

Stato attuale sulla produzione sperimentale del cancro.

(Fibiger. *Acta chir. Scandin.*, 22 dicembre 1922).

Le ricerche fatte mediante gli innesti di tumori pur avendo apportato notevoli progressi, non permettono di studiare i primi stadi, l'origine dei tumori spontanei. I mezzi che cercano di colmare questa lacuna sono, oltre i raggi X adoperati da Clunet, Marie per produrre dei sarcomi nei ratti, essenzialmente tre:

1° la spiroptera neoplastica o gongilonema neoplasticum, nematode, che produce nel cardias dei ratti neoformazioni papillomatose a tipo carcinomatoso, l'ospite intermediario è la blatta. Le neoformazioni si verificano nel 53 %, le metastasi per lo più nel polmone. Qualche volta fu osservato un carcinoma della lingua. L'A. ha innestato una metastasi peritoneale conservando il tumore per 4 generazioni; nel trapianto non erano contenute spiroptere nè uova di esse. Una conferma del valore degli elminti è data da Bullock e Curtis con la formazione di sarcomi sulle pareti cistiche del cisticercus fasciolaris.

2) le uova di toenia crassicollis, che ingerite dai ratti producono nel fegato sarcomi a tipo fuso e polimorfo cellulare;

3) il catrame che spennellato per prima da Jamagiwa e Ichikava sugli orecchi di conigli ha prodotto papillomi e corni cutanei (178 animali). Tsutsui ha ottenuto 35 tumori papillomatosi spennellando il catrame sulla pelle del dorso.

L'A. ed il suo assistente Bang, su 45 topi bianchi hanno avuto in 24 che sopravvissero al 180° giorno, dei papillomi e dei corni cutanei, spesso di enormi dimensioni, che staccati lasciavano delle ulcerazioni simili all'ulcus rodens. In 6 furono trovate metastasi nell'ascella e nel polmone; i trapianti furono positivi. Quindi fattori irritanti esterni del genere fisico-chimico o di parassiti animali possono generare un tumore.

Come agiscono? Per il catrame Block e Dreifuss hanno trovato con la distillazione frazionata, le sostanze più attive tra 370° e 440° e con un estratto al benzene di queste sostanze hanno ottenuto il 100 % di tumori, con l'80 % di metastasi.

Per la spiroptera ed il cisticerco l'azione va ricercata in prodotti tossici di secrezione.

Nella evoluzione dei tumori la moltiplicazione delle cellule cancerose continua anche dopo cessata l'azione che l'ha provocata, come avviene per i raggi X nell'uomo. Così che quando l'agente cancerigno ha dato alle cellule l'impulso iniziale, pur cessando la sua azione, la moltiplicazione delle cellule continua.

Bang ha dimostrato che le alterazioni da catrame nei primi 4 mesi hanno una struttura istologica benigna, mentre negli animali sopravvissuti ai 4 mesi, anche senza continuare il trattamento, si trovano dei veri carcinomi. Ciò dimostra che le cellule epiteliali, pur non presentando un'atipia marcata possono avere di già la potenza d'una trasformazione maligna (tempo di latenza).

L'A. ammette una predisposizione individuale non avendo potuto ottenere il carcinoma spiropterico in più del 50-60 % dei ratti presi in esperimento; e la percentuale differisce anche con la specie (sorcio, ratto, topo).

Così per i tumori da catrame, secondo Jamagiwa e Ichikawa, si ha maggiore recettività fra i conigli neri e fonces che in quelli biondi.

Si potrebbe anche ammettere una predisposizione speciale di organi e di tessuti: l'evoluzione del sarcoma sarebbe legata all'azione diretta su un connettivo, particolarmente suscettibile, che reagisce con proliferazione.

Dalle conoscenze attuali non si può attribuire importanza all'età. La ragione dell'insorgere dei cancri di preferenza negli adulti potrebbe cercarsi nell'azione di somma degli irritanti provocatori, nella circostanza che certi irritanti non possono agire che sugli individui adulti, ed infine nel fatto che alcuni fattori hanno bisogno di un'azione tanto prolungata, che gli individui diventano cancerosi solo nell'età avanzata.

Una predisposizione oltre che nelle cellule deve risiedere in fattori interni che regolano gli accrescimenti.

Da ricerche sulla distribuzione del cancro nelle razze umane non sembra che abbiano influenza predisponente gli alimenti.

Brancati.

Questioni biologiche nella radioterapia dei tumori maligni.

(Casparti, Steinkopff, Lipsia, 1922).

Noi non abbiamo alcuna chiara concezione delle cause che determinano l'azione dei raggi sui tessuti. Fra l'agente di natura prettamente fisica da cui si parte: i raggi X, e gli effetti biologici che noi siamo soliti osservare esiste una lacuna che noi non siamo ancora riusciti a colmare: ed ancora non sappiamo se la

degenerazione delle cellule neoplastiche è dovuta ad un'azione diretta od è secondaria ad alterazioni che si vanno formando nell'organismo.

L'A. non crede che i raggi X agiscano per un fenomeno analogo a quello di una causticazione ma piuttosto per un aumento di fermenti autolitici simile a quello da lui osservato con iniezioni insolubili di solfato di radio nel tessuto neoplastico.

Il tumore regredisce gradualmente per un processo di rammollimento, di autodigestione o, come si disse più tardi, di autolisi.

I prodotti di necrosi formatisi però, passando in circolo agiscono da sostanze tossiche, capaci pure di condurre a morte l'individuo, o deprimerne le reazioni di difesa sì da permettere lo svilupparsi più rapido di eventuali metastasi.

La moderna tecnica di immissione di aghi con radium o radio emanazione senza filtri porta agli stessi risultati terapeutici come pure alle stesse complicanze come Beck di Minesota, Ragaud di Parigi registrarono.

La diversa radiosensibilità dei tessuti è stata da Schwarz attribuita al diverso contenuto di lecitina, o di un suo prodotto la colina, la cui distruzione porta a morte le cellule. Numerose osservazioni ed esperienze non confermano però tali ipotesi, bensì portano ad ammettere che i raggi agiscono in primo tempo sulla sostanza nucleare e sui processi di cariocinesi. La legge di Tribondeau-Bergonnié che è il risultato di una serie di ricerche confermanti questo concetto, ci dà solo le modalità del comportamento dei tessuti senza spiegarci la causa.

Purtroppo noi non sappiamo quali alterazioni fisico-chimiche intervengano nelle sostanze nucleari di una cellula in attività cariocinetica, il che ci potrebbe dare le spiegazioni della diversa recettività delle cellule ai raggi. Tale legge anzi va intesa in un senso generale, in quanto che molti fatti ci sono che non si comportano secondo le norme da essa stabilite sì che Perthes vorrebbe limitarsi ad ammettere che vi è una maggiore radiosensibilità per le cellule in attività cariocinetica, e secondo Holthusen questa sensibilità aumenterebbe in alcune fasi del processo mitotico.

Questa più squisita radiosensibilità delle cellule in fasi proliferanti porta già in se il concetto della sua applicazione per la terapia dei tumori. Senonchè il voler delimitarne l'azione ed il dare delle dosi capaci di distruggere i tumori basato su un principio così generale appare azzardato, anzi da quanto è stato osservato si deve credere che non vi è dose capace di uccidere tutte le cellule neoplastiche; al più vi sarà una dose capace di portare alla regressione del tumore, e questo porta implicitamente a pensare ad una azione secondaria e non diretta sul tessuto neoplastico. Per quanto suggestive siano le esperienze di Wassermann confermate da Prime ed Halberstaedter, l'A. non crede alla divisione schematica nelle cellule di due gruppi funzionali: un gonocettore addetto alla proliferazione ed un nutricettore addetto agli scambi nutritivi di cui il primo solo sarebbe recettivo ai raggi; e ciò in base a sue esperienze ed a quelle ad esempio di Opitz che riuscì a far proliferare innesti di tessuto neoplastico assoggettato a dosi 100 volte superiori a quelle eritema. Tutta la sostanza nucleare viene aggredita nelle sue diverse funzionalità.

Se la radiosensibilità delle cellule dipende dal trovarsi o no in fase cariocinetica, anzi in alcune di queste fasi, ne deriva che il tempo di irradiazione oltre che la dose avrà valore, per il numero delle cellule che verrebbero così a trovarsi nella fase di cariocinesi e forse per tale ragione, per la sua lunga applicazione il radium dà risultati migliori in alcuni tumori.

Non potendosi escludere che in numerosi casi la radioterapia condusse a risultati indiscutibili, questi risultati sarebbero da attribuirsi ad una stimolazione dei fibroblasti e ad una proliferazione connettivale la cui importanza è da molti ormai ammessa. I fibroblasti verrebbero stimolati dai prodotti della necrosi formata e riassorbita dall'organismo come avviene nelle esperienze fatte studiando la cicatrizzazione delle ferite nelle piante secondo i concetti esposti dall'Haberland e che l'A. fa suoi per spiegare la causa degli effetti dei raggi.

Perchè avvenga la regressione del tumore non occorre dare dosi tali che distruggano tutte le cellule, ma basterà dare quella data dose capace di produrre la morte di un numero sufficiente di cellule i cui prodotti necrotici passando in circolo riescano a determinare lo stimolo dei fibroblasti, la proliferazione del tessuto connettivo.

Essi non devono però essere in quantità tale da determinare un'azione depressiva delle forze di resistenza nell'organismo; non si potranno perciò determinare a priori giuste dosi comportandosi ogni individuo in modo diverso.

Accanto a questa azione specifica i raggi sarebbero capaci di determinare una reazione generale aspecifica: questa azione l'A. riuscì a stimolarla sottoponendo, ad esempio, dei to-

pi innestati con tumori, ad emanazione di radium. Con questo semplice trattamento osservò una proliferazione molto più lenta del tessuto neoplastico che nei controlli. Tale reazione immunitaria riesce molto più semplice quanto più presto si sottomettono gli animali a tale trattamento, i migliori risultati si hanno specialmente negli animali trattati anche preventivamente all'innesto. Questa azione non è propria dei raggi X, molti autori riuscirono a provocarla anche con altri mezzi sia fisici che chimici, quali ad esempio il calore, iniezioni di autolizzati, di sangue, di sieri diversi, e consisterebbe in un aumento delle forze di difesa delle sostanze immunizzanti dell'organismo e verrebbe in aiuto al trattamento locale. La leucocitosi che con tale trattamento si produce, se pure non è la causa del passaggio in circolo di queste sostanze immunizzanti come molti sostengono, è però un indice notevole.

Questa terapia immunizzante aspecifica può assumere notevole importanza laddove si tratti di correggere gli eccessi di un esagerato trattamento locale. Così nella irradiazione massiva post-operatoria ove il trattamento locale può è vero distruggere tutte le cellule neoplastiche rimaste, ma l'intossicazione dell'organismo che ne consegue e quindi la diminuita immunità porterà ad un più facile sviluppo di metastasi che l'estirpazione del tumore principale può mobilizzare.

Un'ultima applicazione infine potrebbe avere: gli studi di Lathrop e Leo Loeb hanno dimostrato quanta importanza abbiano i fattori ereditari nell'insorgere dei tumori, lo stimolo di sostanze immunizzante all'entrare dell'età più pericolosa, in individui predisposti per tare ereditarie potrebbe impedire l'insorgere di forme neoplastiche, se si potesse provare che questo stimolo perdura per un certo periodo di tempo. PICCALUGA.

I risultati delle operazioni fatte per cancro delle labbra all'Ospedale Generale Massachussetts dal 1909 al 1919.

(CHANNING SIMMONS e ERNEST DALAND).

Dal 1909 al 1919 furono ricoverati nel «Massachussetts General Hospital» 172 casi di epitelioni del labbro non operato precendentemente e 15 casi recidivi tutti controllati coll'esame microscopico del pezzo asportato. L'operazione di scelta è stata l'asportazione del tumore con o senza chiusura plastica della ferita, e nell'asportazione del grasso e delle glandole delle regioni sottomentoniera e delle regioni sottomascellari fino alla biforcazione della carotide, uni o bilaterale a seconda della sede e del volume del tumore. Nei casi nei quali quest'operazione radicale era controindicata dall'età e dalle condizioni generali del paziente, fu praticata un'operazione palliativa che consisteva nell'escissione del solo tumore.

Di casi ricoverati ne furono operati 163: in 122 fu fatta l'operazione radicale, in 41 l'operazione palliativa. I risultati lontani sono conosciuti di 138 operati ossia nell'84.7 % dei casi.

Etiologia. — Gli infermi comprendevano 170 maschi e 2 femmine. In 4 casi era colpito il labbro superiore, in 168 l'inferiore. L'età più comunemente colpita è dai 40 ai 70 anni, ma 2 infermi avevano 20-25 anni; 4, 25-30 anni; 3, 30-35 anni e 13, 35-40 anni.

In 62 casi era preceduta qualche lesione della cute o della mucosa del labbro (screpolature, seborrea, leucoplachie). 100 pazienti erano forti fumatori specialmente di pipa, e 6 masticavano anche tabacco. Degli altri 63, 9 non avevano mai fumato. La R. W. fu praticata soltanto in 56 infermi con 12 risultati positivi e 44 negativi.

Anatomia patologica. — La struttura del tumore era quella dell'epitelioma Malpighiano specialmente del tipo con cipolle epiteliali (81,5 %), più raramente degli altri tipi più metaplasici e maligni.

Non sempre sono clinicamente rilevabili le metastasi glandolari anche quando esistono e si riconoscono all'esame dei tessuti asportati; in 24 casi degli operati fu osservato questo fatto.

La presenza di metastasi glandolari riconoscibili clinicamente è molto grave per la prognosi. Di 19 casi nei quali le metastasi erano presenti e dei quali si conoscono i risultati lontani il 27,7 % stava bene dopo 3 anni; mentre di 72 senza metastasi riconoscibili stava bene l'86,6 %.

In quanto alla sede del tumore la si desume dal seguente specchio:

Labbro inferiore 4; L. sup. lato destro 51; L. sup. lato sinistro 57; Centro 25; Tutto il labbro 14; Angolo del labbro 6; Non precisato 15.

Il tumore presentava la forma ulcerativa in 84 casi, fungosa in 21, nodulare in 34, bozzuta in 14.

Operazione. — L'operazione radicale fu eseguita in 122 casi con 73 svuotamenti glandolari unilaterali e 49 bilaterali. Prima asportavansi i tessuti delle loggie sottomascellare e carotidea; dopo suturata l'incisione, lasciando un piccolo drenaggio, si asportava il tumore labiale. L'asportazione del tumore e delle glandole in blocco è teoricamente l'operazione di scelta, ma in pratica se la ferita del collo si

continua con quella del labbro sopravvive quasi sempre una diffusa infezione.

L'operazione palliativa consisteva nell'asportazione del tumore (41 casi) e fu fatta in alcuni casi che clinicamente si dovevano dire precancerosi ma nei quali l'esame ist. dimostrò trattarsi di forne nette e quando l'età o le condizioni generali controindicavano la operazione.

Dei 122 casi operati radicalmente vi furono 3 morti post-operatorie (2.5%); 1 per eresipela, 1 per flemmone e polmonite, 1 per polmonite embolica; flemmoni post-operativi: 10 casi grave infezione; 1 flebite; 1 polmonite; 3 bronchiti gravi; 1 emorragia della facciale.

In 14 casi fu necessaria una sutura plastica; questi casi sono particolarmente gravi: 10 morirono di recidiva e solo 4 stavano bene dopo 3 anni.

Risultati. — Dei 122 casi sottoposti ad operazione radicale sono conosciuti gli esiti in 102: 5 erano morti nei primi 3 anni di altra malattia. Degli altri 98 casi 68 stavano bene, gli altri 30 erano morti nei primi 3 anni: tre in seguito all'atto operativo, 27 di recidiva (68.1 % di guarigioni dopo 3 anni).

	Svuotamento glandolare unilatente	Svuotamento glandolare bilatente
Operati	73	49
Risultati lontani conosciuti in . . .	64	39
Morti post-operatorie	1	2
Morti di recidiva .	13	14
Morti di altra malattia	3	2
Guarigioni dopo 3 anni	47 (77 %)	21 (54 %)

Di 24 casi con metastasi glandolari riconoscibili solo il 27,7 % era guarito, di 92 casi senza metastasi glandolari riconoscibili era guarito l'86,6 %.

Delle 27 recidive 13 erano solo nel collo, 5 nel collo e nel labbro, 4 solo nel labbro, 5 non precisabili.

Operazioni palliative. — Degli 8 casi clinicamente considerabili come precancerosi ma nei quali microsc. si riconobbe il cancro tutti 8 erano guariti e stavano bene dopo 3 anni. Degli altri casi il 60.6% stava bene od era morto di altra malattia, 11 erano morti di recidiva.

Operazioni palliative: Casi operati 41; risultati lontani conosciuti in 35; morti di recidiva 13; morti di altra causa 2; guariti dopo 3 anni 20 (60,6 %).

L. D.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. ROMAGNA-MANOIA. *I disturbi del sonno e loro cura.* — Collana Manuali del « Policlinico ». Un volume di pag. VIII-196 con 12 figure nel testo. — Roma, Casa Ed. Luigi Pozzi, 1923. — Prezzo L. 18.

Una ventina d'anni fa, i nevropatologi e i psichiatri non si occupavano del sonno; in compenso però, da qualche anno a questa parte se ne occupano parecchio. Tra le monografie e le memorie che sull'argomento si pubblicano di continuo da psicologi, fisiologi, medici e dilettanti di ogni genere, tiene un posto notevole questo volume del nostro ben noto libero docente dott. A. Romagna-Manoia.

Difatti il volume, dalla veste tipografica elegante, contiene una esposizione piana di fatti, ipotesi e teorie, che sarà letta con molto vantaggio dai medici non specialisti e dai profani; molto più che l'A. sempre diligente e chiaro, non affaccia pretese personali, nè mai s'ingolfa in ingombranti discussioni critiche, e si attiene scrupolosamente al fine che ha la Collana del « Policlinico », che è quella della volgarizzazione della scienza.

Il volume è diviso in 5 Capitoli. Il 2° soltanto tratta (del resto assai sommariamente) dei Sogni; gli altri quattro sono dedicati a riassumere quello che oggi sappiamo intorno al sonno fisiologico, agli stati anormali di sonno, ai disturbi del sonno e alla cura dei medesimi.

Parlando dei Sogni (Cap. 2°) l'A. non lascia di esporre, anche lui, le idee del Freud e di qualche suo seguace, riferendone anche alcune critiche, come quelle di Sciuti, Patini, Salmon, De Sanctis, ecc., senza però porre in evidenza ciò che nelle critiche stesse vi abbia di originale o di ripetuto, di esatto o di inesatto, di accettabile o inaccettabile.

L'A. chiama « Stati anormali di sonno » tanto l'ipnosi che gli stati comatosi per malattie cerebrali, tanto il sonno da intossicazioni che quello da tripanosomiasi e da encefalite letargica. Di tutti questi stati l'A. dà una breve descrizione, senza però pronunciarsi sulle questioni controverse. Nel Cap. sui Disturbi del Sonno, parla di ipersonnio, parasonnio, narcolessia, incubi, stati sognanti, psicosi oniriche e specialmente di insonnio; perciò in questo Capitolo si trovano alquanti richiami medico-psichiatrici e medico-legali, molto utili per chi legge.

Il Cap. 5° è dedicato alla « Cura degli stati anormali e dei disturbi del sonno ». È un breve sunto di terapia che contiene, come in appendice, anche un cenno sulle teorie dell'iste-

rismo. Questo a noi sembra il Capitolo più accurato del libro, e siamo sicuri che ne riuscirà di grande utilità pratica la lettura ai medici e ai non medici.

Un indice bibliografico per ordine alfabetico, e un indice analitico per materia, chiudono il volume, al quale auguriamo il migliore successo.

SANTE DE SANCTIS.

GILBERT et THOINOT. *Maladies du cervelet et de l'isthme de l'éncephale.* Fasc. 32 du Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique. (Baillière, éd., Parigi. Fr. 35).

Non si pecca di esagerazione se si afferma che H. Claude e Lévy-Valensi si sono cimentati nella parte più ardua della scienza neuropatologica quando hanno accettato l'incarico di scrivere il 32° fascicolo del trattato di Gilbert sulle malattie del cervelletto e dell'istmo dell'encefalo. Regioni difficili per la struttura anatomica, per le connessioni, difficili nella fisiologia e nella fisiopatologia, regioni di cui la diagnostica, in questi ultimi anni, ha fatto notevoli progressi, sebbene forse ancora non sia uscita dalla cerchia di una complessa semeiologia, che, fino a poco tempo addietro era privilegio di pochi. Queste difficoltà la competenza degli autori ha superate trionfalmente; nella esposizione i capitoli più astrusi sono resi piani e lucidamente chiari.

Dopo la trattazione delle malattie del cervelletto, del ponte, del bulbo, seguono capitoli non meno interessanti sulla polioencefalite, sull'atassia acuta, sulla encefalite letargica, sui tumori del quarto ventricolo, dell'angolo ponto-cerebellare, sulle sindromi vascolari della cerebrale posteriore, delle cerebellari, della basilare, sulla sclerosi del mesencefalo, sulla miastenia paralitica, sindromi che giustamente gli AA. denominano «sindromi complesse dell'istmo dell'encefalo», e che purtroppo sono trascurate in non pochi trattati.

Claude e Levy-Valensi, sobbarcandosi ad un rude lavoro di volgarizzazione, hanno acquistato titolo di vera gratitudine presso gli studiosi.

T. PONTANO.

Prof. ARTUR BIEDL. *Physiologie und Pathologie der Hypophyse* (mit 42 Abbildungen im text). München und Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1922.

È troppo noto il nome del Biedl nel campo dell'endocrinologia perchè una sua completa monografia sulla fisio-patologia dell'ipofisi non desti il più vivo interesse fra i cultori della medicina che vogliano conoscere con sufficiente esattezza lo stato attuale delle molteplici questioni che si riferiscono a questo importante capitolo, già fatto oggetto, da parte dell'autore, di una relazione al 34° Congresso di Medicina interna in Wiesbaden. Dopo aver riassunto le principali nozioni anatomiche e anatomo-comparate, embriologiche ed istologiche dell'ipofisi, passa a trattarne la fisiologia delle varie parti, facendo un'analisi critica dei vari argomenti e portando qua e là il contributo delle personali ricerche. Finalmente svolge, sempre da un punto di vista prevalentemente fisio-patologico, le varie sindromi cliniche e i tipi morbosi che sono da mettersi in rapporto con le alterazioni dell'ipofisi, non che con le formazioni nervose viciniori (arresti di sviluppo, nanosomia ipofisaria, gigantismo, acromegalia, alterazioni del ricambio, distrofia adiposo-genitale, diabete insipido, ecc.), discutendo per ogni singola forma morbosa gli argomenti pei quali essa deve imputarsi alle alterazioni di questa o quella porzione dell'ipofisi.

L'A. riesce pertanto ad inquadrare i singoli tipi morbosi nei varî tipi e sedi di lesione ipofisaria, in modo così chiaro e suggestivo, come non è facile vedere nei comuni trattati di endocrinologia. Concilia anche in un tutto armonico le opposte teorie, per quanto riguarda la genesi di alcune sindromi morbose, ammettendo una stretta correlazione funzionale fra l'ipofisi e la base del 3° ventricolo, ove esistono centri destinati a regolare alcune fra le più importanti funzioni della vita vegetativa. La monografia è corredata da oltre quaranta illustrazioni in cui sono riprodotte radiografie e fotografie molto chiare e dimostrative che costituiscono una preziosa documentazione della personale esperienza dell'autore. In complesso il lavoro del Biedl condensa in forma limpida e facilmente accessibile tutto quanto si conosce di più importante dal punto di vista dottrinario e patogenetico intorno alle alterazioni dell'ipofisi, che fra le glandole a secrezione interna, è forse da considerarsi la più complessa, e non del tutto conosciuta nel suo intimo significato fisio-patologico.

G. ANTONELLI.

BRENERM und FREUD. *Studien über Hysterie.* — Prezzo M. 6. — Editore Deutieke. Lipsia e Vienna.

In questo volume i due ben noti autori viennesi riassumono le loro vedute sul meccanismo di produzione, su la clinica e la terapia dei fenomeni isterici.

Naturalmente tutto è spiegato al lume della

teoria psicanalitica di cui uno degli autori fu il fondatore.

Volume interessante sopra tutto perchè riferisce gli ultimi ritocchi apportati alla psicanalisi.

dr.

C. CENI. *Cervello e funzioni materne.* 2 vol. Editori Lattes e C. Torino-Genova.

In questo lavoro esposto in due grossi volumi l'A. affronta con numerose e diligenti ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche lo studio dei rapporti fra psichismo e fenomeni della maternità.

La prima parte è riservata alle questioni sull'istinto materno, alle ricerche sperimentali istituite allo scopo di far rilevare i fatti che provano la natura atavica del fenomeno psichico, i suoi rapporti con i vari organi nervosi che ne rappresentano la sede e le sue correlazioni con le funzioni materne viscerali.

La seconda parte è riservata alle varie questioni generali di indole scientifica, biologica e sociale e sopra tutto di psicologia che si connettono con la missione materna.

Numerose figure illustrano il testo.

dr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il VII Congresso medico siciliano.

(*Palermo*, 20-22 *aprile* 1923).

Ai numerosi medici accorsi non solo dall'Isola, ma anche dal continente e dalla Tunisia e Tripolitania, porse il saluto della città di Palermo il prof. Carnevale, a cui seguirono il Prefetto, gr. uff. Gasti, che rappresentava il Ministro della P. I., il prof. C. Lazzaro ed il prof. Bentivegna a nome dell'Ordine dei Medici. Alle importanti comunicazioni scientifiche, di cui diamo sotto un breve sunto, vennero alternate le visite all'Ospizio Marino, all'Istituto dei rachitici, a Villa Igea, ecc., che destarono il plauso dei congressisti e lasciarono in loro il più grato ricordo. Una conferenza del prof. Maragliano su «Lo stato attuale della terapia della tubercolosi», diede luogo ad una grandiosa manifestazione di simpatia per il clinico genovese. Come sede del prossimo Congresso venne scelta Messina.

I temi ufficiali erano i seguenti:

Etiogenesi del cancro (prof. G. FICHERA, Messina). — Le ricerche per trovare il parassita del cancro sono state vane, sicchè si ritiene oggi che l'agente non sia specifico, ma che possa essere rappresentato da uno stimolo cronico accanto a cui occorre mettere come fattore essenziale quello individuale, identificabile nella senescenza aggravata od anticipata dalle lesioni diffuse a molti organi e ripercosse nella compagine dell'economia. Notèvole importanza formale, ma non causale ha la tèoria dei germi embrionali aberranti, dominata anch'essa dal fattore individuale. Una certa luce sull'intricato problema è stata poi gettata dalle ricerche sull'innesto in varii organi e sulla immunizzazione degli animali mediante poltiglie e macerazioni di organi; i massimi valori di resistenza ed immunizzazione sono stati trovati per la milza, i minori per i testicoli; gli organi che si ritengono inibitori dello sviluppo blastomatoso (gruppo ematopoietico) sono poi iperfunzionanti ed iperplastici negli animali immuni. Anche nell'uomo si osservano fatti analoghi, come, p. e., la grande attività degli organi emopoietici nell'infanzia in cui è minima l'incidenza di neoplasie, l'influenza di ablazioni o di trapianti di organi, la regressione di organi inibitori (timo, milza, midollo osseo) nell'età di disposizione ai tumori. Queste vedute permettono di spiegare molti fatti e di intendere la disposizione ereditaria, quale facilità allo squilibrio biochimico trasmessa dagli idioplasmi germinali; esse lasciano inoltre il valore di elementi di disposizione o di determinanti locali alle diverse cause di ordine meccanico, chimico e parassitario ed indicano una probabilità di successo in una terapia biologica.

La terapia del cancro (prof. G. PARLAVECCHIO, Palermo). — L'ampia ed esauriente relazione mal si presta ad essere riassunta; l'O. pone anzitutto i seguenti postulati terapeutici: prevenzione del blastoma, distruzione del tumore in sito, delle sue propaggini regionali, di tutte le metastasi lontane, disintossicazione dell'organismo, eventuale cura dei sintomi più molesti, prevenzione delle recidive, ricostituzione dello stato generale nel senso di ripristinare l'equilibrio chemio-morfotico il cui perturbamento fu causa o concausa della comparsa del tumore. L'O. accenna coraggiosamente alla inferiorità morale della terapia demolitrice, dolorosa necessità dell'oggi che può attenuarsi con la cura delle lesioni precancerose e la diagnosi precoce. Importanti osservazioni fa l'O. a proposito della radio- e radiumterapia che hanno indubbiamente migliorato la prognosi dei blastomi maligni, sebbene occorra diffidare medici e malati contro le troppo facili illusioni di guarigione, spesso semplicemente apparente.

Malattie da carenza (prof. L. GIUFFRÈ, Palermo). — L'O., dopo una rivista storica sull'argomento, descrive gli stati morbosi che si riferiscono a carenza, sia delle sostanze alimentari fondamentali, sia di quelle complementari od accessorie, acqua, sali, vitamine, e le carenze miste, fra cui l'O., secondo esperienze iniziate nella sua clinica, mette anche il latirismo. Oltre alle carenze alimentari propriamente dette, l'O. accenna a quelle dovute ad insufficienza di stimoli diversi, specialmente fisici, che possono determinare stati morbosi in conseguenza di difetto di assimilazione.

L'opportunità di una organizzazione della classe medica italiana (dott. F. SALPIETRA). — In que-

sto tema d'interesse professionale l'O., inspirandosi al motto «tutti per uno ed uno per tutti», dimostra che per la comune salvezza non v'è altra via che accostarci agli Ordini, dal loro vita ed elevarci in essi. Riassume poi le sue idee in un Ordine del giorno, approvato dal Congresso.

R. S.

Il II Congresso dell'Associazione nazionale per l'Igiene.

(Venezia 24-30 giugno)

Il Congresso, che contò oltre 200 intervenuti da ogni parte d'Italia, venne inaugurato nel grandioso salone napoleonico del palazzo Reale con discorsi ufficiali del Commissario straordinario per il Comune, prof. Giordano, del Prefetto, dei professori Casagrandi, Loriga, Gualdi, Lucatello, Vivante e di molti altri. A tutti rispose il prof. Sclavo, ringraziando e ricordando quanto fece per la pubblica igiene la Serenissima e mostrando che la Venezia moderna, degna figlia dell'antica, ne segue l'esempio ed è antesignana nello studio dei problemi igienici, specialmente di quelli che riguardano la casa e la scuola. Nella seduta inaugurale è stato comunicato l'esito dei concorsi indetti dall'Associazione; per l'opuscolo sull'igiene della casa, è risultato vincitore il dott. Palesa dell'Ufficio Municipale di Venezia; per il tipo di bagno pubblico popolare vennero assegnati a pari merito due premi alla Ditta Achillini di Roma e Milano ed alla Ditta Romi e Rumor di Milano.

Numerose, interessanti e bene organizzate le gite e le visite alle Scuole, all'impianto dell'Acquedotto, ai Molini Stucky, alle isole dell'Estuario, ecc. I congressisti si recarono poi a Padova, guidati dal prof. Casagrandi, per assistervi alle feste per il quarto centenario di quell'Ufficio d'Igiene.

La serie delle relazioni venne iniziata con un lucido discorso del prof. Sclavo dal titolo: «*Per un più valido impulso all'igiene nazionale*»; denso di concetti pratici, inspirato ad un rinnovamento sostanziale di tutta l'organizzazione sanitaria nazionale, concluse dimostrando la necessità di conquistare l'animo del popolo all'igiene.

Seguì una dotta relazione del prof. Canalis sul: «*Vaiuolo in Italia e sua profilassi*». In essa l'O. mise in rilievo come il vaiuolo colpisce in modo irregolare le diverse regioni italiane e determina più gravi epidemie specialmente nell'Italia meridionale. La principale causa risiede nella deficienza del servizio di vaccinazioni e rivaccinazioni, nonchè nella omissione della denunzia, negli errori diagnostici dei primi casi e nel difettoso isolamento. È dunque necessario applicare rigorosamente la legge e sostituire eventualmente l'opera della Direzione generale di Sanità a quella dei Comuni, che per inerzia o per negligenza non adempiono ai proprî obblighi. L'O. propone modificazioni al Regolamento sulla vaccinazione, l'istituzione di Vaccinogeni di Stato e le rivaccinazioni generali. Venne distribuito ai congressisti un interessante lavoro del prof. A. Scarpellini, aiuto nell'Istituto di Igiene dell'Università di Padova, sulla «*Profilassi antivaiolosa con vaccino bovino*». In esso vengono fra l'altro elaborati molti dati statistici rappresentanti le osservazioni di un decennio di profilassi antivaiuolosa fatte dal prof. Casagrandi in Sardegna, le quali illuminano chiaramente i rapporti fra vaccinazione ed infezione vaiuolosa.

Il prof. Vivante, nella sua relazione su «*L'opera di propaganda degli uffici di igiene nei suoi rapporti con l'organizzazione igienica nazionale*», afferma che la diuturna propaganda igienica deve liberare il popolo dalla ignoranza che gli impedisce di collaborare all'ulteriore progresso dell'igiene e fa voti perchè l'Associazione italiana per la igiene assuma la funzione di coordinare e di indirizzare l'attività di tutti quegli Enti che, con scopi, funzioni e mezzi diversi si occupano del progresso igienico della Nazione.

Intonata ad un'esatta visione della realtà ed a criterî pratici, è la relazione del prof. Casagrandi su «*La preparazione dei medici igienisti*», con la quale l'O. dimostra l'insufficienza dei mezzi che oggi si offrono per tale scopo e la necessità di una seria istruzione per questo personale, che deve in sè assommare tante qualità dal ricercatore di laboratorio al propagandista.

Sul «*Reclutamento e preparazione degli agenti subalterni di polizia sanitaria*», ha riferito il prof. Gualdi con l'autorità che gli fornisce la sua lunga esperienza, dimostrando la necessità di avere elementi tecnicamente preparati a cui non manchino però l'autorità e la veste necessaria per fare rispettare la legge.

«*L'Igiene ferroviaria*» è stata trattata dall'ing. Grablovitz di Trieste, il quale rilevando le deficienze degli attuali impianti, ha proposto utili miglioramenti tecnici specialmente per quanto riguarda le latrine delle stazioni e le carrozze. La discussione successiva ha ampiamente dilagato dalla relazione e, col numero dei partecipanti e la lunga durata, ha dimostrato quante e quali competenze possegga l'Italia su tale argomento. Il dott. Martirano ha ribattuto molte delle critiche con la esposizione di dati statistici e di disposizioni di legge.

I problemi della scuola sono stati trattati dai proff. Ragazzi e Di Vestea. Il primo si è occupato dell'«*Orientamento professionale*», sostenendo la necessità della cooperazione fra medico e maestro allo scopo di far conoscere ai fanciulli ed alle famiglie l'importanza della scelta razionale del mestiere e della professione e sulla trasformazione del corso popolare in corsi che offrano la possibilità di avviamento ad esercizî e lavori manuali. Il rapporto del prof. Di Vestea su «*L'integrazione igienica della preparazione pedagogica de-*dopo elevate parole del prof. Pagliani.

Sul «*Coordinamento delle Opere pie*» ha parlato il prof. Abba, rilevando lo stato di cose attuale

veramente deplorevole e facendo voti per la rapida applicazione delle leggi.

Numerose ed interessanti furono le comunicazioni per le quali vennero dedicate le ultime sedute.

A sede del prossimo Congresso venne scelta Cagliari.

Az.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta ordinaria del 17 maggio 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, presidente.

Resezione dell'angolo sinistro del colon e resezione segmentaria dello stomaco per carcinoma in individuo già operato 10 anni prima di resezione del cieco per la medesima affezione (con presentazione dell'operato).

B. ROSSI. — L'O. pone in rilievo il favorevole risultato del primo atto operativo, il quale, oltre ad assicurare al paziente una sopravvivenza, che certo nessun altro procedimento terapeutico avrebbe potuto assicurare, si è dimostrato veramente radicale nel senso di impedire la recidiva sia in loco, sia per metastasi linfatica.

Il carattere di operabilità della riproduzione cancerigna (riferibile questa al fatto causale primitivo e a note di ereditarietà presenti nell'operato) e l'esito favorevole anche del secondo intervento, esito che si protrae omai per quasi un anno, confermano la reale efficacia della cura operativa, purchè sia eseguita con tecnica appropriata e in modo da riuscire veramente radicale.

Speciali sostanze del sangue in stati patologici e nella gravidanza rilevate da una facile reazione.

R. COSTA. — Il reattivo principale è la novocaina in soluzione fisiologica al 2 %. Si mette 1 cmc. e mezzo di tale soluzione in una provettina, vi si aggiungono 2 gocce di citrato di soda al 5 % e poi 3 gocce di sangue; si capovolge ripetutamente la provettina per mescolare uniformemente il sangue col liquido; si centrifuga fino a che il contenuto della provetta sia limpido e si aggiunge infine una goccia di formalina pura. Quando la reazione è positiva si forma, entro 15 minuti (positivissima se entro 5 minuti) un precipitato bene apprezzabile nel fondo della provetta, grigio o grigio-giallastro: oltre 15 minuti di tempo una nubecola chiara si forma costantemente. La reazione è negativa nelle persone rigorosamente sane: è positiva nelle gravide (contribuisce con ciò alla diagnosi di gravidanza) e nelle forme infettive, anche in stato di latenza. Diventa positiva in persone in cui si pratichi la proteinoterapia o le iniezioni di vaccino antitifico.

Influenza della digestione sul volume degli eritrociti.

U. BIFFI. — Valendosi di un suo metodo di sedimentazione spontanea degli eritrociti in sangue reso incoagulabile dall'irudina, l'O. ha potuto dimostrare che nell'uomo, in condizioni normali, il volume degli eritrociti diminuisce in modo assai considerevole durante il periodo della digestione. Tale diminuzione di volume che sembra avere il suo massimo 2-3 ore dopo il pasto, può raggiungere il 10 % del valore primitivo. La diminuzione del numero degli eritrociti non decorre parallelamente, cosicchè l'indice di volume subisce notevoli oscillazioni. In casi patologici può la diminuzione di volume non essere rilevabile. Ricerche ulteriori dimostreranno se questi fatti possono trovare qualche applicazione nella diagnostica clinica.

Il bleu di metilene boracico policromo ed il suo uso nella tecnica ematologica.

U. BIFFI. — Questa miscela colorante va soggetta col tempo e in dipendenza della temperatura a cui viene conservata, a notevoli variazioni chimiche, alle quali corrispondano variazioni non meno profonde delle sue affinità tintoriali per i tessuti, che la rendono, in diversi stadi di maturazione, idonea per distinte colorazioni. L'O. ha studiato minutamente il processo di trasformazione, specie in rapporto all'uso del bleu boracico nelle colorazioni del tipo Romanowsky-Giemsa, ed ha constatato che l'aggiunta di glicerina nella proporzione del 10 % arresta la trasformazione della miscela colorante al punto di maturazione voluta, neutralizzandola.

Nuovi studi sulla natura delle malattie mentali, e dimostrazione dell'esistenza di psicosi tubercolari.

E. CIARLA. — L'O. afferma di essere in grado di dare per il primo la dimostrazione di fondamentale importanza che, fra le malattie mentali rimaste finora criptogenetiche, la massima parte sono dovute a tossi-infezione da bacillo di Koch, e ciò in base a molte centinaia di osservazioni cliniche e anatomiche, sussidiate da ricerche: sierologiche, batteriologiche, biologiche, anatomo-istopatologiche, clinico-nosografiche, comparative colle altre branche della patologia. Deduce che, a seconda dei substrati anatomici cerebrali lesi e del decorso della lesione, la tubercolosi può dar luogo alle più svariate sindromi psicopatiche, fra cui le principali sono: ebefrenia, catatonia, paranoidismo, paranoia, demenza semplice; mania, melanconia, e loro combinazioni; confusione mentale; neuro-psicastenia, isterismo, epilessia; deficienze mentali; immoralità, delinquenza.

A. CERESOLI.

Seduta ordinaria del 4 maggio 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, presidente.

Su di un caso di sifilide vescicale.

N. CARRARO. — L'O. riferisce intorno ad una paziente che presentò *d'emblé* sintomi di cistite. Colla cistoscopia vennero riscontrate ulcerazioni della mucosa vescicale attorniate da un alone biancastro. La reazione di Wassermann positiva e la cura specifica che fece scomparire la sintomatologia dolorifica e guarire le lesioni vescicali descrit-

te, stabilirono la diagnosi. La ricerca della spirocheta pallida nel sedimento urinario fu negativa: coll'anamnesi si è potuto stabilire che l'infezione luetica risaliva a circa un anno.

Contributo allo studio del batteriofago.

C. TOMASELLI. — L'.O ha eseguito numerose ricerche allo scopo di chiarire particolarità dell'argomento non sufficientemente studiate o controverse nella loro interpretazione ed ancora di stabilire quale delle ipotesi avanzate per spiegare il fenomeno della lisi batterica trasmissibile in serie trovi miglior conforto dalla prova dei fatti. Fa seguire ad ogni gruppo di esperienze le conclusioni principali che da esse si potevano trarre ed afferma a guisa di conclusione generale che nell'interpretazione del fenomeno batteriofagico l'ipotesi dell'esistenza di un virus vivente, secondo d'Herelle, sia quella che allo stato attuale delle nostre conoscenze appare maggiormente confermata dalla prova dei fatti.

A. CERESOLI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 22 marzo 1923.

Sul meccanismo di produzione del rumore di Flint-Grocco nell'insufficienza aortica.

PERITI E. — Il rumore presistolico, che qualche volta si sente alla punta del cuore nell'insufficienza dell'aorta, fu spiegato come dovuto all'onda reflua dell'aorta, che spinge il gran lembo della mitrale producendone una stenosi funzionale. Ma bisogna riflettere che durante la presistole la forza aspirativa diastolica del ventricolo sinistro è finita e quindi il meccanismo invocato dalla spiegazione classica viene a mancare.

Normalmente il sangue proveniente dall'atrio subisce, durante la diastole ventricolare, un movimento di vortice, che tende a chiudere le valvole cuspidali. Nella insufficienza delle valvole aortiche, per la maggior tensione e replezione del ventricolo sinistro, tale movimento di vortice tenderà a chiudere con maggior forza della norma la valvola mitrale, donde una stenosi funzionale di essa e quindi il soffio presistolico.

Presentazione di animali operati di distruzione cloroformica del laberinto.

SIMONELLI G. — L'O. inietta in gatti con una comune siringa attraverso la finestra rotonda una miscela a parti uguali di olio di oliva e cloroformio, evitando così la manualità più difficile della slabirintazione, non cruentandosi l'orecchio interno e non avendosi mai fatti suppurativi. Nulla si oppone a che il metodo non possa essere tentato anche nell'uomo.

Seduta del 19 aprile 1923.

CIARDI E. — *Una utile modificazione all'apparecchio Gunning per la cura delle fratture della mandibola.*

Enfisema delle linfoghiandole mesenteriche in lattante.

Prof. VERNONI G. — L'O. illustra, con proiezioni di microfotografie e dimostrazione di preparati, un caso di trasformazione enfisematosa delle linfoghiandole mesenteriche, constatato all'autopsia in un bambino di un anno.

Potendosi escludere la natura putrefattiva cadaverica della lesione, l'O. ritiene che essa costituisca un'affezione insolita, analoga alle varie forme note di pneumatosi cistica addominale.

È messo in rilievo il fatto particolare che, come risulta da facile indagine, in tutte queste forme morbose, come pure in quei casi in cui la pneumatosi cistica si sviluppa in organismi normali (suini di certi allevamenti nutriti con latticini), l'alimentazione abituale degli individui affetti è prevalentemente lattea. Unendo questo fatto con l'altro, che risulta dall'esame anatomico dei varî casi, e cioè che l'enfisema ha sede essenzialmente nelle vie linfatiche (vasi e ghiandole dell'intestino e mesentere), vien fatto di chiedersi se simili affezioni non possano essere provocate da un disturbo nell'assorbimento di materiali derivati dal latte, per cui, accumulandosi questi e ristagnando nelle vie linfatiche, potrebbero provocare o subire una decomposizione con produzione di gas. Ma, per evidenti ragioni, sulla natura e sulla genesi di un simile processo non è possibile formulare, neppure in via d'approssimazione, alcuna plausibile ipotesi.

Sopra un caso di actinomicosi umana toracica.

Prof. VERNONI G. — In seguito a carie dentarie, si ebbero alterazioni actinomicotiche nello spessore della parete toracica con aperture fistolose cutanee: dal pus fu isolato un actinomicete associato a un bacillo minutissimo gram-negativo.

Seduta del 26 aprile 1923.

MANCINI M. — *Avvelenamento da Veronal. Diagnosi clinica e identificazione chimica.*

Morte improvvisa per blocco meccanico del cuore.

VANNUCCI D. — La morte del soggetto avvenne per una neoformazione peduncolata all'ostio atrioventricolare sinistro, a struttura papillomatosa.

L'accrescimento corporeo e le ghiandole a secrezione interna, con particolare riguardo all'ipofisi ed epifisi.

Prof. CASTALDI L. — L'O., esposte le applicazioni biometriche eseguite su misurazioni ipofisarie ed epifisarie, sintetizza esse e quelle precedenti sulla tiroide, surrenale e timo, tracciando un quadro generale dell'influenza di ciascuna di queste ghiandole nelle varie fasi dell'accrescimento somatico, mettendo in relazione i propri risultati matematici con quelli della morfologia sperimentale, con cui collimano.

Il Segretario: Prof. LUIGI CASTALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

FEGATO E VIE BILIARI.

L'infezione delle vie biliari libere da calcoli.

Con il nome di angiocolia, Naunyn ha proposto di chiamare l'infezione delle vie biliari intesa nel senso più largo, riservando quello di angiocolite alle forme infettive in cui si produce una lesione macroscopica della parete od anche una suppurazione delle vie biliari. La diagnosi si basa anzitutto sull'evoluzione della malattia; si hanno di solito disturbi dello stato generale, come stanchezza, cefalea, elevazioni termiche, anoressia e disordini nella regione epatica. La curva termica non presenta nulla di tipico; talvolta l'affezione si inizia con brividi, tal'altra si tratta di oscillazioni subfebbrili; la natura dell'agente patogeno ha una certa importanza, in quanto che il tipo febbrile dell'angiocolite ebertiana è diverso da quello di origine streptococcica con formazione di ascesso. Nelle infezioni ematogene, l'inizio è più subitaneo che in quelle enterogene in cui le manifestazioni premonitorie dispeptiche, gastrointestinali sono più accentuate.

Localmente l'ammalato si lamenta di dolori sordi sotto il margine costale destro con irradiazioni verso la schiena e la spalla destra; eccezionalmente si possono avere accessi tipici di colica epatica e la diagnosi non può farsi in modo sicuro che con la laparotomia. Come segni obbiettivi si notano: nei casi in cui le vie biliari partecipano al processo, tumefazione epatica marcata, per cui il fegato sporge per 2-3 dita dal margine costale; l'organo è sensibile alla pressione; 2) tumefazione della milza rilevabile alla percussione ed alla palpazione; nelle forme croniche e recidivanti si può arrivare ad un tumore duro per cui la diagnosi con la malattia di Banti o con la splenomegalia tromboflebitica può offrire delle difficoltà; 3) la formola ematologica non è caratteristica; 4) l'ittero può mancare; quando esso è intenso e l'affezione è progressiva senza che vi siano segni di colelitiasi, si potrebbe pensare ad un'atrofia del parenchima epatico; tale ipotesi sarebbe confermata dalla presenza di leucina e tirosina nelle urine, dalla diminuzione rapida del volume del fegato, da un'elevata quantità di acidi biliari nelle urine e nel sangue.

Per quanto riguarda il trattamento F. Umber (*Klinische Wochenschrift*, 19 marzo 1923) consiglia il riposo in letto, un regime leggero povero in grassi e con poca carne, soppressione dell'alcool, applicazioni calde sulla regione epatica; si assicurerà una regolare defecazione, somministrando al caso dei leggeri purganti salini. Nelle forme ribelli, si introdurrà nel duodeno mediante l'apposita sonda, una soluzione di solfato di magnesia al 20% (20-40 cmc.) in tal modo l'ittero e gli altri fenomeni morbosi possono scomparire in pochi giorni. Nelle forme nettamente febbrili, si darà la esametilen-tetramina a dosi di un grammo, ripetute tre volte al giorno; quando l'infezione è grave e ribelle con tendenza alla recidiva conviene praticare la colecistectomia con drenaggio consecutivo del dotto epatico o del coledoco.

fil.

Il trattamento medico delle malattie della cistifellea.

La cura della malattia della cistifellea viene spesso affidata ai chirurghi soprattutto perchè la diagnosi è fatta quando le lesioni sono già avanzate. Invece la cura medica può essere indicata anzitutto nei primi stadi, allorchè si hanno solo sintomi riflessi o gastrici, come dispepsia flatulenta e dolorabilità nella regione della cistifellea alla pressione profonda, e nei casi acuti di ittero catarrale con o senza dolorabilità locale, associato a qualche infezione, come tifoide od influenza. Vi sono inoltre attacchi acuti di dispepsia senza itterizia, ma con dolorabilità alla regione cistica od epatica, talora con ingrossamento del fegato; essi si considerano come attacchi biliari e sono di natura dubbia, probabilmente dovuti ad errori dietetici che provocano disordini tossici delle cellule epatiche In tali casi H. Rolleston (*Lancet*, 1923, pag. 40) consiglia di rimuovere anzitutto la causa, sia infettiva (focolaio settico), sia tossica (cibi inadatti) e di lasciare in riposo il fegato restringendo la dieta, rispettivamente prescrivendo il digiuno; come medicamenti si somministrerà il calomelano (tre mg., tre volte al giorno) seguìto da purganti salini.

In altri casi di malattie della cistifellea il trattamento chirurgico, sebbene indicato, non è consigliabile specialmente per le condizioni del cuore (miocardite tossica, che deve essere rimossa prima dell'intervento); si ricorre allora alla cura medica. Durante gli attacchi di dispepsia, con dolore locale con o senza febbre, si prescriverà il riposo in letto, una dieta liquida non esclusivamente lattea, con appli-

cazioni calde sulla regione epatica tre volte al giorno prima dei pasti ed una miscela contenente urotropina, salicilato di sodio, benzoato di sodio, bicarbonato di sodio, spirito di cloroformio ed infuso di chiodi di garofano. [Lo spirito di cloroformio al 5 % è la soluzione di questo in alcool a 90°. *N. del red.*]; questa miscela deve darsi per sei settimane dopo l'attacco ed è utile anche se vi sono calcoli.

Grande importanza ha inoltre la dieta, da cui si devono eliminare i cibi che contengono o producono colesterina, come tuorlo d'uovo, cervello, grassi, fegato, reni, piselli verdi, anitra, oca. Si impedirà il ristagno della bile nella cistifellea, prescrivendo piccoli pasti ed un conveniente esercizio ginnastico che favorisca le escursioni del diaframma e del fegato. Come purgante l'A. consiglia le pillole blu (miscela di mercurio e di confezione di rose) od il calomelano alla sera, seguìto al mattino da una soluzione assai concentrata di solfato di sodio o di magnesio. È anche consigliabile di allontanare i possibili focolai di infezione, quali la sepsi orale, le tonsilliti, le suppurazioni nei seni nasali, le appendiciti e, nelle donne, le infezioni pelviche.

fil.

Snlla struttura dei calcoli biliari.

Secondo Naunyn (*Archiv f. experim. Path. und Pharm.*, 1922, nn. 1-3), non è vero che tutti i calcoli siano formati da un nucleo e da uno strato corticale. Non tutte le formazioni nel centro del calcolo possono essere considerate come un vero nucleo. Questo esiste laddove costituisce un centro di formazione del calcolo: al contrario formazioni centrali che hanno preso origine in concrezioni già esistenti, non sono che *falsi nuclei*. Un vero nucleo fa spesso difetto allorchè il calcolo abbia avuto origine in assenza del detto nucleo, sia che il centro originale di formazione, costituito da muco infiltrato di bilirubina combinata alla calce sia stato reso irriconoscibile dalla colesterinizzazione ulteriore.

Quanto al corpo del calcolo, esso si presenta sotto due aspetti differenti: alcuni sono costituiti da una massa omogenea all'occhio nudo, gialli, brunastri, o giallo-rossi, mentre che altri si compongono di *sferoliti*, spesso stretti.

L'A. dimostra che le proprietà colloidali e le correnti di diffusione dei calcoli biliari sono della più grande importanza per la struttura di queste concrezioni. Tali proprietà colloidali devono essere messe in rapporto con le sostanze albuminoidee presenti nel calcolo, e che ne costituiscono il substrato organico: forse anche la stessa colesterina ha proprietà colloidali nel calcolo. Senza dubbio per i chimici la colesterina è sempre cristallizzata, ma se questo è vero per la colesterina pura, le cose vanno diversamente nelle concrezioni biliari ove la colesterina è raramente pura ed ove essa stessa può comportarsi come un colloide. Un posto importante spetta, oltre che alla colesterina, anche alla bilirubina combinata alla calce.

MONT.

Sali biliari ed albumina nelle urine.

Nei casi di occlusione del coledoco le consuete prove per la ricerca dell'albumina dànno risultato positivo, per cui si ammette generalmente che l'albuminuria sia una complicazione. S. F. Oliver (*Journal of laboratory and clinical medicine*, sett. 1922), ha osservato che i sali biliari vengono precipitati nelle loro soluzioni dagli acidi minerali e dall'acido acetico diluito, cioè dai comuni reagenti usati per la ricerca dell'albumina. Ora se in tali urine vi è presenza di albumina si ottiene con la stratificazione dell'acido nitrico un doppio anello; quello inferiore, a stretto contatto con l'acido, è dovuto all'albumina, quello superiore è invece dovuto ai sali biliari; l'anello da urati si forma più in alto dopo un certo tempo e scompare con l'applicazione locale del calore. La presenza e l'aumento dei sali biliari possono essere rivelate colla reazione di Hay e da quelle dell'albumina e dell'amido; per le ultime due si preparano soluzioni di albumina d'uovo al 2 % e soluzioni di amido leggermente acidificate con acido acetico e conservate con l'aggiunta di acido salicilico; a 4 cmc. di reagente si aggiunge goccia a goccia l'urina precedentemente diluita fino al peso specifico di 1008, fino a che si ottenga una lattescenza del liquido. La ricerca dei sali biliari è importante perchè in certi casi di cirrosi epatica si osserva aumento di questi senza aumento dei pigmenti. Nei casi con aumento dei sali biliari l'urina è torbida se la reazione è acida, mentre è limpida se la reazione è neutra od alcalina.

A. Z.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La sintesi artificiale dell'urea.

L'urea, la cui sintesi fu conseguita da Wöhler nel 1828, fu il primo componente chimico del corpo vivente riprodotto in laboratorio, e servì di stimolo a numerose ricerche in questo campo, in buona parte seguite da successo.

Il processo originale giungeva all'urea attraverso il cianato d'ammonio, e non poteva essere analogo a quanto si verifica negli ani-

mali, nei quali l'urea è probabile che si formi dall'acido carbonico e dall'ammoniaca. E nel 1882 Mixter ottenne l'urea facendo passare questi due gas per un tubo riscaldato.

Recentemente Krase e Gaddy hanno perfezionato il processo, e lo hanno reso adatto agli usi industriali.

Un prodotto intermedio è il carbammato di ammonio, che fu molto discusso come probabile precursore dell'urea nel corpo, e fu tenuto responsabile di parecchi sintomi tossici osservati nei disturbi della funzione ureopoietica del fegato.

Il centenario della sintesi dell'urea può esser celebrato con la preparazione di una serie di prodotti intermedi, che riproducono molto da vicino le modalità dell'ureogenesi nel vivo.

(*Jour. A. M. A.*, 2 settembre 1922).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Bismutoterapia della lue. Al dott. F. G. Serravalle:

I preparati di bismuto, introdotti solo da qualche anno nella terapia della sifilide, si sono dimostrati di sicura efficacia contro questa infezione nei suoi diversi stadi e rapidamente attivi contro le molteplici sue manifestazioni, non però sino al punto da indurci a preferirli sempre agli antichi medicamenti.

Sono in generale se usati con prudenza, ben tollerati benchè non privi d'inconvenienti, fra cui il più noto ed il più comune è la stomatite col classico orlo gengivale.

Sono stati descritti anche disturbi generali più o meno notevoli, eritemi ecc.

Nelle forme arseno resistenti e negli individui che hanno speciale intolleranza per gli arseno-benzoli possono sostituire efficacemente le iniezioni endovenose di neo-salvarsan.

V. MONTESANO.

Nella encefalite epidemica. — Al dott. R. M., abb. n. 9868:

L'olio essenziale di trementina è stato provato nella encefalite epidemica per la produzione di ascessi da fissazione. In verità con essa non si possono formare veri ascessi, dato il concetto che noi abbiamo di ascesso, perchè ignoto è l'agente morboso della malattia, ma l'iniezione di uno o due cmc. di olio essenziale di trementina nel sottocutaneo si proporrebbe lo scopo di fissare per chemiotassi positiva leucociti ed agente morboso nel punto di inoculazione. Il metodo ha avuto lodatori, ma non il consenso degli studiosi.

L'urotropina è uno dei primi medicamenti usati, a simiglianza di quanto è stato fatto si può dire in ogni malattia da infezione: tifo, tifo petecchiale, ecc. La somministrazione per bocca è stata associata a quella per iniezione da due fino a 10 gr. al giorno. Nessun effetto apprezzabile si ha dall'uso della urotropina.

Le revulsioni della colonna vertebrale sono il più antico metodo qualificato come curativo delle più svariate affezioni del sistema nervoso, siano o no accompagnate da dolore. Il metodo è descritto in qualunque trattato di tecnica medica, quello più preferito è dato dai bottoni di fuoco. Parlando di encefalite epidemica io relegherei tale metodo fra i metodi di tortura e non di cura.

T. PONTANO.

Tecnica della reazione di Wassermann. — Al dott. G. B., Mola di Bari:

Ottimi manuali sono: MARTINOTTI: *Sierodiagnosi della sifilide*, Cappelli ed., 1918. VIGANÒ: *Man. di tecnica sierodiagnostica*, Stucchi e Cerretti, Milano, 1921. RUBINSTEIN: *Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic*, Maloine, Paris, 1921. MULLER: *Die sierodiagnose der Syphilis*, Urban und Schwarzenberg, Berlino, 1913. BOAS: *Die Wassermansche*, ecc., Karger, Berlin, 1914.

PONTANO.

Latte ed infezioni; fermenti lattici nelle malattie infettive. — Al dott. M. M., Napoli:

Come più volte avrà letto su questa rubrica, non forniamo notizie bibliografiche su argomenti particolari: esula il compito da quelli modesti di questa rubrica, che fu istituita con scopi pratici.

I concetti generali però lei potrà trovare in qualunque trattato moderno di igiene e di epidemiologia.

Quanto all'uso e all'utilità dei fermenti lattici *nelle malattie infettive*, non esistono esperimenti e resultati *rigorosi* che ne dimostrino l'efficacia.

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PATTI FRANCESCO. *Il diabete florizinico e la diagnosi biologica della gravidanza.* — Palermo, Ind. Tip. «La Commerciale», 1923.

DEL VALLE Y ALDABALDE RAFAEL. *La subconciencia.* — Madrid, Nieto y C., 1923.

PESTALOZZA E., SFAMENI P. *Alcuni punti controversi sul modo di annidazione dell'uovo e sul potere distruttivo dei villi coriali.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1921.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

XLII. — Casi dubbi intorno al divieto di qualsiasi convenzione fra medici e farmacisti.

La seconda parte dell'art. 53 del testo unico delle Leggi sanitarie punisce con la pena pecuniaria non minore di L. 100 i medici che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione agli utili della farmacia.

Non esamino il fondamento e le condizioni di questo divieto: la sensibilità dei sanitari è così squisita e il sentimento del dovere così vigile che è superflua qualsiasi delucidazione perchè in pratica non accade nemmeno la possibilità che un quesito giuridico sia posto circa i limiti legali del divieto.

Voglio invece considerare alcuni dubbi, dirò così, marginali, per situazioni che possono sfuggire alla immediata intuizione dei limiti.

L'art. 53 si riferisce ai sanitari che esercitano la professione.

È considerato in attività di esercizio anche il medico impiegato alla dipendenza di un istituto o di un ente.

Sebbene la Legge stabilisce il divieto in confronto dei *farmacisti*, si deve intendere che esso sia esteso a chiunque eserciti la farmacia cioè anche al titolare non farmacista; per es., il proprietario riconosciuto legittimamente a norma degli art. 25, 26 e 28 della Legge 22 maggio 1913, n. 468.

È da ritenere che il divieto sia efficace anche se la farmacia sia concessa in locazione ad un farmacista e la intesa si perfezioni tra proprietario e sanitario esercente.

Non sono invece vietati dall'art. 53 i rapporti fra i sanitari e qualsiasi officina o azienda di prodotti chimici o preparati farmaceutici, perchè in tal caso non si tratta di farmacia, la quale è caratterizzata dalla vendita di medicinali al pubblico a dose o in forma di medicamento.

Il divieto riguarda qualsiasi convenzione verbale o scritta, sotto forma di locazione, di vendita, ecc., purchè abbia per oggetto, dissimulato o non, la partecipazione agli utili.

Invece, è lecita la cessione che un medico faccia ad un farmacista del diritto di esercizio di una farmacia, sia pure mediante pagamento rateale.

Questo caso non rientra in alcuna delle due ipotesi previste nell'art. 53.

Il divieto è efficace, a mio giudizio, per la partecipazione come socio a qualsiasi specie di società: in nome collettivo, in accomandita o anonima, purchè, si intende, la società abbia per oggetto l'esercizio di una farmacia e non riguardi invece istituti o imprese che esercitano la produzione e il commercio dei medicinali.

Anche nel caso della società anonima, l'azionista, sia pure nei limiti modesti della sua azione, partecipa agli utili della farmacia: quindi si applica il divieto.

Ma non è vietato dall'art. 53 che un sanitario presti opera in un'azienda farmaceutica, salvo che l'accordo sia diretto a dissimulare una partecipazione agli utili.

È essenziale all'applicazione del divieto lo scopo di lucro.

La Cassazione penale, con sentenza 5 ottobre 1909, ritenne che non è colpevole di *contravvenzione* il medico che assume gratuitamente l'incarico di far spedire le proprie ricette dal farmacista di un Comune vicino al quale rimette il prezzo che riscuote dai clienti o somministra ai clienti specialità che egli ha ricevuto dai produttori.

La ipotesi della vendita delle specialità ora non può farsi più perchè, a norma dell'art. 18 della Legge 12 maggio 1917, è permessa soltanto ai farmacisti; ma, nei casi esaminati dalla Cassazione, è chiaro che non è efficace il divieto perchè manca *lo scopo di lucro*.

È permesso esercitare un ambulatorio gratuito, per i poveri, nei locali di una farmacia? Si tratta, in sostanza, di una intesa non vietata dalla legge.

Il medico ne ha vantaggio per la notorietà e per le piccole prestazioni che i farmacisti usano rendere per il recapito della corrispondenza, le chiamate, ecc.; il farmacista può ritrarne utili per la spedizione delle ricette. Ma una forma di collaborazione onestamente intesa ed attuata su queste basi rimane entro il campo del lecito giuridico.

XLIII. — Effetti della tardività della nomina della Commissione giudicatrice dei concorsi.

La disposizione dell'art. 33 del regolamento sanitario 12 luglio 1906, n. 446, la quale stabilisce che, prima della chiusura del concorso il Consiglio Provinciale sanitario procederà alla nomina della Commissione, non ha altra finalità che quella di affrettare, nel più breve termine possibile, l'espletamento dei concorso. Se la Commissione sia nominata dopo la scadenza del termine, cioè dopo la chiusura del

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

concorso, non deriva da questa irregolarità la nullità del concorso o sia pure della nomina della Commissione: siffatta conseguenza non è espressamente stabilita dalla Legge e non si può desumere dalla finalità ordinaria della norma stessa.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, così statuendo *con decisione* 16 *febbraio*-16 *marzo* 1923, ric. Melillo c. Comune di Ripi, ha confermato la sua precedente giurisprudenza, che già risultava dalla decisione 16 novembre 1909, ric. Comune di Corleone.

XLIV. — Come deve essere costituita la Commissione per i concorsi dei m. c.

L'art. 33 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 non pone altra condizione per la composizione delle Commissioni esaminatrici dei concorsi se non quella che i membri di esse siano professionisti competenti nella specialità della medicina e della chirurgia, qualità queste che non si possono disconoscere nel medico provinciale il quale per la natura stessa delle funzioni di vigilanza, di controllo e delle ispezioni deve possederle in modo particolare.

Ciò premesso, la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 16 febbraio-16 marzo 1923, ric. Melillo ha dichiarato che non è illegale la costituzione della Commissione se di essa sia chiamato a far parte il medico provinciale.

XLV. — Quando si considera espletato il concorso ai fini della pubblicazione della graduatoria.

L'art. 35 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, prescrivendo la pubblicazione delle graduatorie fatte dalla Commissione giudicatrice, a concorso espletato, ha inteso riferirsi al momento in cui il concorso stesso può considerarsi compiuto con l'atto definitivo, che è la deliberazione del Consiglio Comunale, giacchè nè la decisione della Commissione nè la sua relazione costituiscono provvedimenti di per sè suscettibili di ricorso, non avendo altro valore se non quello di atti preliminari costituenti la base della deliberazione Consigliare, insieme alla quale possono essere impugnati. Non occorre quindi che i concorrenti ne abbiano conoscenza prima della deliberazione del Consiglio Comunale.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, così statuendo con la decisione già ricordata 16 febbraio-16 marzo 1923, ric. Melillo, si è uniformata al parere espresso dal Consiglio di Stato in adunanza generale sin dal 17 ottobre 1907, Comune di Torre Maggiore.

XLVI. — Condizioni per la legittimità del giudizio delle Commissioni giudicatrici dei concorsi.

È insindacabile il giudizio espresso della Commissione circa il valore dei documenti presentati dai singoli concorrenti per stabilire la poziorità dei titoli dei designati; ma è soggetto a controllo di legittimità, da parte della IV Sezione del Consiglio di Stato, l'operato della Commissione se essa omise di tener conto di alcuni dei titoli presentati da un concorrente, giacchè in questa ipotesi viene meno la garanzia dell'efficacia del giudizio della Commissione. È, quindi, illegittima e deve essere annullata la graduatoria del concorso a medico condotto se la Commissione non abbia espressamente esaminato alcuni dei titoli di uno dei concorrenti. Nel caso deciso con la sentenza 16 febbraio-16 marzo 1923, ric. Melillo, la IV Sezione del Consiglio di Stato ha dichiarato nulla la graduatoria perchè non si era tenuto conto che uno dei concorrenti aveva prestato servizio militare come ufficiale medico di complemento ed era stato riconosciuto temporaneamente inabile per malattia presunta dipendente da causa di servizio e non era stato considerato il titolo costituito dall'approvazione negli esami per un posto di assistente. Importa omissione di congrua valutazione il semplice accenno alla frequenza di un istituto (nella specie, clinica ostetrica ginecologica), senza alcuna specificazione della qualità di assistente onorario e del lodevole servizio prestato, cioè delle circostanze specifiche e qualitative risultanti dal documento.

La illegalità della graduatoria determina la nullità della deliberazione di nomina, anche se il concorrente, che si duole di incompleto esame dei titoli, fu dichiarato idoneo: infatti, il grado della idoneità può influire sulla nomina, pur avendo il Comune il diritto di scegliere liberamente fra tutti gli idonei.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).
Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Norme per il reclutamento dei medici per il Congo Belga.

Il Ministero delle Colonie del Belgio ci comunica, con riferimento a quanto pubblicammo nel fasc. 44 del 1922 (pag. 1441):

L'ammissione al Servizio di Igiene della Colonia del Congo Belga è fatta con il grado di medico di 2° classe con lo stipendio iniziale di Fr. 20,000 e con una ferma di tre anni effettivi di servizio nella Colonia. Con il consenso dell'Amministrazione tale periodo può essere prolungato.

I medici stranieri sono assunti nella categoria «fuori ruolo», non hanno diritto a pensione, ma a titolo di compenso è loro corrisposto un aumento di stipendio di Fr. 5000.

A tutti i medici è corrisponsta una indennità di caro-viveri, il cui importo è variabile, ed un'indennità di carica di Fr. 2000, qualora il medico non fosse autorizzato all'esercizio professionale privato.

Vien corrisposta inoltre una sola volta una indennità di arredamento di Fr. 1200, le spese di viaggio dal Belgio al Congo ed anche per il ritorno nel caso di fine di ferma o di rimpatrio per malattia.

Le condizioni di ammissione sono: 1° Età massima di anni 35; 2° visita di idoneità praticata a Bruxelles; al riguardo viene raccomandato agli aspiranti di non far domanda se non hanno stato di salute adatto ai paesi tropicali, giacchè le spese di viaggio per subire la visita sono a carico dei candidati; 3° frequenza ed approvazione agli esami della scuola di Medicina Tropicale di Bruxelles, il cui corso dura 4 mesi, e si ripete due volte all'anno con inizio in aprile ed in ottobre: ai candidati che frequentano tale corso è corrisposta una indennità giornaliera di venti franchi; 3° conoscenza perfetta della lingua francese in modo che sia parlata e scritta correntemente; inutile presentarsi senza questo requisito!

Il medico può essere autorizzato a condurre con sè la moglie quando sia riconosciuto che essa possiede i requisiti fisici adatti per vivere nel Congo. Anche per la moglie le spese di viaggio dal Belgio al Congo e viceversa sono a carico della Colonia.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Siciliana dei Medici Chirurgi Specialisti.

Il Consiglio dell'Associazione dei Medici Chirurgi Specialisti di Palermo ha deliberato di far voti al Governo perchè nella sistemazione del nuovo organico delle Ferrovie dello Stato oltre alle poche specialità medico-chirurgiche finora comprese, siano accolte quelle altre che hanno raggiunto una piena maturità scientifica e pratica.

COLTURA SUPERIORE.

L'anatomia umana ostacolata da risorti pregiudizi e da una errata applicazione della legge.

Dopo una lotta secolare per debellare vecchi, radicali pregiudizi, falsi e funesti sentimentalismi contro l'anatomia e gli anatomici, si era giunti finalmente ad avere per le Scuole mediche un materiale sufficiente per il progresso delle scienze mediche e per l'insegnamento. Avevano contribuito nei tempi antichi anche molti Papi, e ricordo che alla mostra della Storia della Medicina, nel settembre scorso, un collega aveva messo in mostra una serie di medaglie rappresentanti i Papi che avevano difesi, incoraggiati e sostenuti gli studi anatomici.

Ora si torna indietro. Riporto qui in sunto i dati principali sull'argomento, poichè il guaio, come alcuni forse penseranno, non riguarda soltanto le università che hanno sede in piccoli centri, ma è ormai male comune a tutte: si può dire anzi che stanno peggio le Università che risiedono nelle grandi città.

Il regolamento per la consegna dei cadaveri alle Scuole anatomiche (approvato con R. D. 28 ottobre 1885, n. 3499) stabilisce all'art. 1: «Tutti i cadaveri degli individui morti negli «Ospedali delle città dove esistano Università «con studi di Medicina e Chirurgia, e tutti «quegli altri che debbono inumarsi a cura e «spese del rispettivo Municipio, saranno con«segnati, se richiesti regolarmente, alle Scuo«le Anatomiche e Chirurgiche pei rispettivi «esercizii, dopo le 24 ore dal decesso, purchè «non siano stati richiesti dalla Giustizia pe«nale, o non vi siano in contrario ragioni «stabilite dalla legge di Pubblica Sanità o «non si oppongano formalmente i congiunti «od affini del defunto, i quali dichiarino al «Municipio di assumere a loro spese la inu«mazione».

Questa disposizione, intesa ad agevolare la

consegna dei cadaveri alle Scuole Universitarie, dà luogo in pratica a gravi abusi.

Le spese di inumazione che i congiunti od affini del defunto debbono sborsare al Municipio sono stabilite da quest'ultimo, talora in misura inferiore alla realtà; e si comprende come sia facile ai congiunti stessi pagare quella piccola somma, e con ciò impedire che il cadavere venga consegnato alle Scuole Universitarie.

Inoltre l'Università non ha alcun modo di controllare se tale somma sia stata effettivamente sborsata: non si può escludere che talvolta l'impiegato dell'Ufficio Municipale, sia pure disinteressatamente e per semplice bontà d'animo, consenta ai parenti di avere il cadavere non pagando o pagando una piccola parte della somma stabilita.

Ora si vanno costituendo delle Società per il riscatto dei cadaveri medesimi, le quali si sostituiscono ai parenti od agevolano ad essi i mezzi pecuniari per sottrarre il materiale all'Università.

E per agevolare il riscatto dei cadaveri da parte dei parenti, talora l'Ufficio Municipale li tiene in sospeso oltre le 24 ore per modo che, anche se vengono poi consegnati all'Università, essi sono in istato di avanzata putrefazione.

Nè si può tacere che spesso i medici ospedalieri si permettono di compiere essi le necroscopie: mentre per l'art. 41, 2° capoverso, del Regolamento di Polizia mortuaria (approvato con R. D. 25 luglio 1892, n. 488) è permesso ai medici di valersi dei cadaveri, sotto speciali condizioni, soltanto *quando non siano richiesti dalle Scuole Mediche.*

Non è possibile spiegare come in città popolose per varie settimane e persino per un mese intero, neppure un cadavere sia consegnato alla Università.

D'altra parte è incontrastabile che gli insegnanti di Anatomia normale, di Anatomia patologica, di Medicina legale, di Medicina operatoria, non possono sussistere senza un adeguato materiale cadaverico.

La legge 2 luglio 1890 n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, stabilisce all'art. 98:

« Nelle città che sono sedi di Facoltà medi-« co-chirurgiche, gli Ospedali sono tenuti a « fornire il locale ed a lasciare a disposizione « i malati ed i cadaveri occorrenti per i di-« versi insegnamenti ».

Ed il Regolamento per l'applicazione della legge suddetta (approvato con R. D. 5 febbraio 1891, n. 99) all'art. 124 precisa che:

« Fra gli Ospedali, tenuti ai termini del-« l'art. 98 della Legge a fornire il locale ed a « lasciare a disposizione delle Facoltà Medico-« chirurgiche i malati ed i cadaveri occorrenti « per i diversi insegnamenti, sono compresi i « manicomi ed ogni altro Istituto avente ca-« rattere di Istituto pubblico di beneficenza « diretto alla cura di qualsiasi malattia in ge-« nere, od in ispecie ».

Per ovviare agli inconvenienti sopra lamentati e per assicurare all'Università quella quantità di cadaveri che è condizione essenziale per l'insegnamento nella Facoltà Medico-chirurgica è necessario che:

Venga tassativamente stabilito che tutti i cadaveri degli ammalati ricoverati gratuitamente per almeno cinque giorni negli Ospedali, nei Manicomi, nei Ricoveri di Mendicità, negli Ospizi di Maternità, nei Brefotrofi, negli Orfanotrofi, ed altresì nelle carceri ed in tutti gli istituti pubblici di beneficenza delle città che sono sede di Università, siano consegnati alle Scuole anatomiche dopo le 24 ore dal decesso.

Sia in modo assoluto proibito dilazionare la consegna oltre le 24 ore suddette.

Sia tassativamente disposto che tanto negli Ospedali quanto nelle Cliniche, le necroscopie debbano essere eseguite sempre e soltanto dal personale specializzato degli Istituti Anatomo-patologici.

Quanto ai cadaveri delle Cliniche, essendo universalmente riconosciuto che l'esame cadaverico è completamente indispensabile dell'insegnamento clinico, quando il malato viene a morte, è necessario stabilire che tutti indistintamente i cadaveri delle Cliniche vengano sezionati nei modi e nelle forme stabilite dal Regolamento approvato con R. D. 16 settembre 1912, n. 1174.

(Da « L'Università Italiana », maggio 1923).

MEDICINA SOCIALE.

L'opera del comune di Roma nella tutela della prima infanzia.

Il prof. L. M. Spolverini, nella sua Relazione sui risultati ottenuti in un ventennio di servizio per la tutela della prima infanzia, osserva che in Italia non è tanto necessaria come altrove la crociata contro l'allattamento artificiale e dovrebbe quindi essere più facile la lotta contro la morbosità e la mortalità infantili. Gli sforzi nostri dovrebbero convergere agli scopi di regolare l'allattamento materno, di provvedere delle buone nutrici ai bambini assolutamente privi di latte materno e di assistere ed invigilare le madri e le nutrici in modo da permettere loro di condurre bene a termine ed in buone condizioni l'allattamento al seno. Questo ha ben compreso il Comune di Roma, il quale molti e molti anni prima delle recenti disposizioni di legge e delle iniziative di altri comuni italiani, ha provveduto al regolare servizio di vigilanza sul baliatico e di assistenza all'infanzia con risultati che non potevano essere migliori.

Il germe di queste benefiche istituzioni si trova in un decreto emanato nel 1903 dal Prefetto di Roma su proposta del Medico provinciale prof. Ravicini, in cui si rendeva obbligatoria una visita di controllo da parte dell'Ufficio di Igiene di Roma delle nutrici che intendevano allattare per gli Istituti di beneficenza, nonchè una visita periodica della balia e del bambino affidatole. Il servizio venne rapidamente organizzato e ne fu incaricato come direttore il prof. Spolverini; in seguito poi la sorveglianza venne estesa alle nutrici scelte dai privati e, visto il favore con cui veniva accolta l'istituzione, per lo speciale interessamento del Direttore dell'Ufficio d'Igiene, prof. Gualdi, tutto il servizio venne organizzato in modo completo, facendolo funzionare anche come assistenza alla prima infanzia.

Ora ogni donna che intenda fare da nutrice si deve presentare all'Ufficio del baliatico, dove, dopo un bagno generale, viene sottoposta a scrupoloso esame medico, completato da esami del latte, delle urine ed eventualmente del sangue (Wassermann); in caso favorevole viene rilasciato il certificato di idoneità; per evitare poi che qualche madre poco onesta abbandoni il proprio figlio per darsi all'allattamento mercenario, si esige che la nutrice provi che il proprio bambino è morto od ha raggiunto l'età di sei mesi. Le nutrici debbono presentarsi almeno una volta al mese insieme col bambino perchè il medico, in seguito all'esame di entrambi giudichi se l'allattamento può essere continuato. Questo servizio è integrato dalle consultazioni settimanali per l'assistenza alla prima infanzia; tali consultazioni sono gratuite per tutti, l'eventuale somministrazione di latte, farine nutritive, medicinali viene limitata alla madri povere.

Dai resoconti statistici appare l'attività e l'utilità del servizio: in 20 anni vennero visitate 8.272 donne che desideravano fare la nutrice, di cui circa la metà per Istituti di beneficenza; 477 donne vennero dichiarate non idonee e ciò, malgrado un buon certificato del paese di provenienza; le cause principali dell'esclusione furono l'insufficienza o la cattiva qualità del latte, la troppo inoltrata età della donna e l'esistenza di diverse malattie (tubercolosi, cardiopatie, blenorragia, sifilide). Il numero delle balie visitate per gli Istituti di beneficenza è andato continuamente diminuendo, mentre quello per i privati è andato aumentando, ciò dimostra il favore che il nuovo servizio ha acquistato presso i cittadini. Grande è stato anche il favore con cui venne accolta la consultazione per i lattanti, come lo dimostra il numero dei lattanti che frequentarono le sale (10.592 in 16 anni) e che si raddoppiò quando si istituirono nuove sale in altri quartieri; in esse la consultazione viene integrata da aiuti materiali, dal servizio di vaccinazione. Fra le proposte di prossima attuazione menzioniamo l'istituzione delle infermiere visitatrici a domicilio, gli accordi con la Congregazione di Carità per una reale sorveglianza delle madri e bambini sussidiati, le consultazioni per i divezzi fino al 4° anno di vita, le consultazioni per le gestanti, la scuola di puericoltura per le levatrici.

I risultati fin qui raggiunti sono notevoli: l'intensa propaganda a favore dell'allattamento materno, la diffusione delle norme di igiene infantile hanno fatto acquistare alle madri una coscienza igienica in riguardo all'assistenza all'infanzia, hanno abbattuto vecchi e dannosi pregiudizî procurando al nuovo essere un buon governo di assistenza materna. Nell'80 % dei bambini visitati si sono evitate le malattie gastrointestinali, conducendo il 70 % di essi ad un accrescimento regolare; i benefici effetti si sono anche riflessi sulla mortalità generale del primo anno di vita, la quale dopo essere rimasta stazionaria per un certo periodo di anni ha iniziata una diminuzione dal 1912, diminuzione accentuatasi nel 1916 e continuata fino ad oggi. Non è impropabile che anche altri fattori abbiano contribuito al fenomeno confortante; comunque esso dimostra l'utilità di tutte queste istituzioni che si occupano della prima infanzia e che nella diffusione e volgarizzazione delle sane norme di igiene e terapia alimentare noi dobbiamo ricercare la salvezza e la prosperità dei nostri bambini.

fil.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa dal «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

Raccolte nella R. Clinica Medica della Università di Roma (dottori: Giuseppe Sabatini 50, S. Silvestri 50, E. Terenzi 25, T. Pontano 50, P. Alessandrini 50, G. Bellavita 10, C. Forti 10, V. Scivittaro 10, Maganzini 10, G. Lega 10, E. Milani 50, Monico 25, Cecconi 25, G. Meldolesi 25, M. Boccardis 10, G. Frassanito 10, ecc.) . . L. 525 —

Società Regie e Nuove Terme di Montecatini . . . . » 500 —

Medici della Società esercente le Regie e Nuove Terme di Montecatini (dottori: A. Scalalornio 50, G. Parenti 20, G. Martini 25, B. Bindi 15, ecc.) . . . » 125 —

Signora Maria Matozzi Scafa, vedova dell'on. prof. Enrico De Renzi (Napoli) . . . . » 1000 —

Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma . . . . » 1000 —

Raccolte dal colonnello dott. Nicola De Maria (N. De Maria 25; dottori: G. Casagrandi 10, V. De Bernardini 5, P. Consiglio 10, Oddera 5, E. Forti 5, Turilli 5, Giorgi 5, Guerra 5, Scalfati 5, Magg. med. Zaffini 5, Magg. med. G. Lapponi 10, Cap. med. M. Macedonio 5, Cap. med. F. Pagano 5, Ten. med. G. Tardioli 5, Magg. medico S. Gangi 5, Cap. med. C. Giovannoni 5, Magg. med. G. Gallotti 5, G. Provantini 5, dott. S. D'Amico 5, L. D'Amico 5, G. Cammarota 5) - Totale . . . » 155 —

(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19°). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENGASI. *Governo della Cirenaica.* — 5 medici coloniali; età 21-45; sana costituzione atta all'impiego; voti esami speciali e di laurea. Scad. 31 lug. Stip. L. 6000; indenn. colon. L. 6000; c.-v.; due aumenti di 1/12 dopo il 2° e il 3° biennio; poi aumenti di 1/8 ogni triennio; congedo annuo di 45 giorni: è ammesso il cumulo biennale; indennità e rimborso spese trasferim.; rimborso spese viaggi di congedo per sè e famiglia. Durante il biennio di prova si può essere licenziati a giudizio insindacabile dell'Ammin., con diritto a mensilità; è annesso l'eserc. libero.

Direttore chirurgo dell'Ospedale Coloniale di Derna; età lim. 50. Stip. L. 10,000; indenn. colon. L. 10,000; alloggio. Altre condizioni come sopra.

FINALE EMILIA (*Modena*). — *Congregazione di Carità.* — Chirurgo-direttore presso l'Ospedale. Titoli. L. 15,000 lorde e quattro quinquenni decimo. Compartecipazione sui proventi netti degli atti operativi agli abbienti nella misura del 50 %, indenn. c.-v. concessa al personale sanitario del Pio luogo. Domanda e documenti alla Segreteria Congregazionale entro il 29 agosto. Schiarimenti dalla Segreteria.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — A tutto lug.; L. 6000 oltre L. 500 uff. san. e un c.-v.; alloggio; 5 quinq. dec. Età limite 40.

GRASSANO (*Potenza*). — Scad. 26 lug. Stip. L. 3000 lorde per 300 poveri, L. 10 ogni povero in più, 1ª indenn. caro-viveri, aumenti successivi di 6 quadrienni; età non superiore a 55. Documenti di rito.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — I concorsi ai posti di Dirigenti, Vice-dirigenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Condotta resid. per le fraz. Tufo, S. Maria Infante e Pulcherini (2° reparto). Stip. L. 6000 lorde, fino a 1000 poveri, aumentab. di un decimo per quattro quinq. Addiz. L. 3 per ogni pov. oltre il migliaio; L. 2200 per indenn. trasp. a ruota. Limite età 40 anni, nessun limite per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte od ospedali. Scad. ore 12 del 31 ag.

MONTELANICO (*Roma*). — Ab. 2005 agglomerati. Scad. 31 lug. L. 7000 e c.-v., quadrienni decimo. Chiedere condizioni al Segret. Com.

ORVIETO (*Perugia*). — Medico condotto comprimario; L. 6000 e doppio c.-v., L. 1000 resid. pov., L. 2000 serv. ospedaliero a turno con l'altro med. della città, sessenni, assicur. contro infortuni. Capitolato normale. Età lim. 35. Scad. ore 16 del 30 luglio. Serv. entro 20 g. Chiedere annunzio.

PESCOSOLIDO (*Caserta*). — 2ª cond.; ab. 2326; lire 6000 e L. 1800 indenn. vettura o cavalcat. qualora effettivamente mantenuta, 1° c.-v., *chalet* per abitazione restando a carico la spesa di manutenz. Chied. annunzio. Scad. un mese dal 16 giu.

REITANO (*Messina*). — Stip. L. 7000 lorde, condotta soli poveri; quattro aumenti quinq. di un decimo; L. 5 ogni povero in più di 500; uff. san. L. 1000; obbligo Armadio farmac. Scad. 25 luglio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

Roma. *Ministero dell'Interno.* — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domanda e documenti entro il 15 ottobre. Vedi fasc. 28.

Roma. *Ministero della Guerra.* — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

Trabia *(Palermo).* — A tutto 20 lug.; L. 5000 e 5 quinq. decimo per 500 pov., indenn. suppletiva oltre questo limite; c.-v.; assicur. vita.

Ventimiglia Sicula *(Palermo).* — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

Concorsi a premio.

Verona. *Premio Massalongo.* — Il Comitato veronese contro la tubercolosi, nell'intento di stimolare i giovani medici ad occuparsi seriamente dei problemi riguardanti la tubercolosi, ha deliberato di istituire un premio di L. 1000 intitolato al nome illustre del compianto prof. Massalongo, che del Comitato fu promotore e primo benemerito presidente, e da assegnarsi alla migliore pubblicazione inedita riflettente la tubercolosi, con speciale riguardo al problema della predisposizione, alla terapia, o alla profilassi. Potranno concorrervi tutti i medici residenti nelle tre Venezie, laureati dopo il 1915. Modalità solite. Apposita Commissione nel mese di dicembre 1923 esaminerà i lavori e proclamerà il risultato.

Il Comitato si riserva la facoltà di pubblicare il lavoro premiato nel *Bollettino Sanitario delle Tre Venezie.*

NOSTRE CORRISPONDENZE.

"Ars Medica", Associazione italiana del Brasile per lo studio e l'incremento delle discipline mediche.

Questa nuova Associazione fondata dai nostri medici costituisce una magnifica affermazione di italianità nel campo intellettuale.

Dalla lettura del breve, ma sostanzioso statuto, i lettori possono rendersi un'idea della bontà e della praticità della iniziativa:

Art. 1. — È costituito in San Paolo del Brasile un Ente sotto il titolo di *«Ars Medica»*, Associazione italiana per lo studio e l'incremento delle discipline mediche.

Art. 2. — L'Associazione si propone:

a) l'istituzione di una *biblioteca* medica;

b) l'istituzione di *riunioni periodiche* tra tutti i soci, per comunicazioni di indole scientifica;

c) l'organizzazione di *conferenze e relazioni scientifiche,* da tenersi da studiosi delle discipline mediche;

d) la compilazione di un *Bollettino periodico;*

e) l'aiuto *morale ed eventualmente materiale* da porgersi a tutti quei soci che vogliano compiere lavori utili alle Scienze Mediche.

Art. 3. — I soci si dividono in 4 categorie: soci effettivi, soci corrispondenti, soci *honoris causa* e soci benemeriti.

Art. 4. — *Soci effettivi* possono essere tutti i medici che ne facciano regolare domanda. Tale domanda dovrà essere approvata dal Direttorio.

Art. 5. — *Soci corrispondenti* possono essere nominati tutti quei medici residenti fuori di S. Paolo, che portino colla loro attività un contributo all'incremento dell'Associazione.

Art. 6. — *Soci «honoris causa»* possono essere nominate tutte quelle persone che appaiono eccelse nel campo delle Scienze Mediche e Biologiche.

Art. 7. — *Soci benemeriti* sono tutti coloro, persone o Enti, anche se non appartengano alla classe Medica, i quali moralmente e materialmente, abbiano dato un importante aiuto all'Associazione.

Art. 8. — I soci effettivi sono soggetti ad una *tassa d'ingresso* e ad una *quota mensile* da stabilirsi dall'Assemblea.

Art. 9. — I soci effettivi sono gli unici che abbiano diritto al voto.

Art. 10. — L'Associazione ha la sua sede nell'*Ospedale Italiano Umberto I,* secondo le norme da stabilirsi tra l'Amministrazione Ospitaliera e il Direttorio dell'Associazione.

Art. 11. — L'Associazione è presieduta da un *Direttorio* di cinque soci nominati dall'Assemblea. Il Direttorio a sua volta elegge nel suo seno un Presidente effettivo, un Vice-presidente effettivo, un Tesoriere ed elegge tra tutti i soci uno o più Segretari. Il Direttorio dura in carica un anno ed è rieleggibile in tutto od in parte.

Art. 12. — La Biblioteca non è alienabile.

Art. 13. — L'Associazione si riterrà sciolta quando ciò venga deciso dai tre quarti dei soci effettivi regolarmente iscritti.

Art. 14. — Nel caso di scioglimento tutto il patrimonio mobile ed immobile dell'Associazione passerà a far parte dei beni dell'Ospedale Italiano *Umberto I.*

Nelle sedute del Direttorio vennero nominati: presidente il prof. Manginelli, tesoriere il prof. Splendore, segretari i dottori Constabile, Comenale e Pessolana; furono costituite tre Commissioni tecniche per l'organizzazione e manutenzione della Biblioteca, per la redazione del *Bollettino,* e per l'organizzazione delle riunioni e conferenze scientifiche; furono stabilite le riviste scientifiche alle quale abbonarsi (oltre 50) venendo decisa la ordinazione immediata delle più utili ed urgenti.

Le Commissioni tecniche, rispettivamente presiedute dai dottori proff. Tramonti, Donati e Manginelli, hanno iniziato subito i loro lavori.

Per la diffusione della cultura italiana nel Brasile.

L'«Anonima Libraria Italiana» ha fondato a S. Paolo (Largo do Ouvidor, n. 5-A) una *Libreria Leonardo da Vinci,* la quale è fornita di tutta la produzione libraria contemporanea ed è in grado di rifornire con rapidità e sicurezza qualunque opera nel campo della medicina come in qualunque altro campo dell'attività editoriale. La *Libreria Leonardo da Vinci* ha una filiale in Rio de Janeiro.

Un caldo plauso per la coraggiosa iniziativa.

Ed.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XII congresso stomatologico italiano.

Promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana avrà luogo a Torino nei giorni 19-22 settembre. I temi ufficiali sono: «La cura chirurgica delle cisti radicolari» (dott. C. Cavina); «I moderni progressi della radiologia stomatologica» (dott. A. Campiglio); «Valore sociale della protesi dentale e protesi economica per gli operai» (dott. A. Brusotti); «La Piorrea alveolare secondo le moderne vedute» (prof. S. Palazzi-dott. G. De Tomasi). Oltre a queste relazioni sono già annunziate numerose comunicazioni.

Al Congresso potranno intervenire, oltre i medici stomatologici italiani, anche i medici generici ed i chirurghi dentisti.

Le iscrizioni si ricevono presso la Presidenza della Federazione: Bastioni Romana, 15, Milano, inviando cartolina vaglia di L. 25 non oltre il 12 settembre.

Corso ai Direttori delle Colonie marine militari.

La Direzione Centrale del Servizio Sanitario Militare ha istituito anche quest'anno per ogni Corpo d'Armata, sulle varie marine d'Italia, una Colonia per soldati che, pur essendo sani ed idonei al servizio militare, sono gracili, deboli, anemici. In queste istituzioni, che non costano nulla all'erario dello Stato, viene applicata con rigoroso criterio scientifico l'aeroelioterapia e l'educazione fisica. Inoltre a tutti si determinano prima e dopo, il peso, il perimetro toracico, e si praticano ricerche spirometriche, dinamometriche e sul sangue (emoglobina, globuli rossi, formula ematologica). Al Sanatorio Militare di Anzio, alla cui dipendenza è stata istituita la Colonia Marina tipo, s'è svolto un corso teorico pratico ai capitani medici direttori delle varie colonie ed altri ufficiali addetti per l'educazione fisica. Durante il corso, questi hanno assistito all'impianto ed al funzionamento della colonia tipo, e sono stati svolti i seguenti argomenti: Col. RIVA: «I minorati organici». Prof. GUALDI: «La importanza di vivere nudi all'aria aperta». Cap. BOCCHETTI: *a*) «Le Colonie Marine Militari e loro importanza igienico-sociale», con proiezioni; *b*) «L'elioterapia al mare»; *c*) «Climi di mare e climi di montagna», con *films* delle colonie marine francesi ed italiane, e delle colonie montane della Svizzera; *d*) «Più forti per la grandezza dell'Italia nostra». Cap. DE CESARE: «La diagnosi della tubercolosi iniziale dal punto di vista radiologo, con materiale dimostrativo». Prof. JERACE: «L'educazione fisica». Inoltre sono state visitate le seguenti istituzioni: Scuole all'aperto e Colonia per predisposti del Comune di Roma, illustrata dal prof. GIUDICEANDREA, Istituto di S. Gregorio e Dispensario R. Elena, illustrati dal prof. SIGNORELLI. Ospizio Marino di Anzio, Scuola al Sole nelle Paludi Pontine, illustrata dal prof. MISSIROLI, ecc.

Le Colonie Marine Militari quest'anno sorgono ad Anzio, Savona, Rimini, Pescara, Palermo, Cagliari.

Una conferenza del prof. Silvagni. "Il metodo in Clinica ".

Il prof. Silvagni ha tenuto una conferenza nell'Ateneo Bresciano sul tema: «Il metodo in Clinica». L'oratore condensò l'indirizzo della scuola murriana nel motto latino «*non ratio et observatio sed observatio et ratio*», ed illustrò alcuni capitoli della medicina dimostrando come tale metodo, anche in altre scuole, sia stato la leva maggiore del progresso medico. Toccando i varî argomenti con varî ricorsi storici, l'oratore ebbe modo di ricordare i contributi di osservazioni e di esperimenti che dettero gli studiosi bresciani, da Mazzini, che studiò il polso e il respiro, al Seppilli, valoroso documentatore delle localizzazioni cerebrali, al Fiaberti e al Filippini, giovani valorosi.

L'anima dell'educatore e dello scienziato si rivelò anche nell'additare la necessità che incombe a tutti i medici del controllo severo e dell'osservazione minuta dei risultati terapeutici.

Conferenze di propaganda.

Il dott. Giuseppe D'Urso, direttore della Sezione di Rocchetta S. Antonio dell'Istituzione G. Visconti di Modrone, ha tenuto una serie di sei conferenze d'igiene sociale presso la R. Scuola Normale mista di Lacedonia, durante i mesi di maggio e giugno 1923.

La Cassa Nazionale Infortuni per i danneggiati dall'eruzione dell'Etna.

Il Comitato Esecutivo della Cassa Nazionale Infortuni, convocato d'urgenza dal presidente senatore Cesare Ferrero di Cambiano, ha deliberato di porre a disposizione del Governo la somma di L. 20,000 da erogarsi in sussidi ai danneggiati dall'eruzione dell'Etna, o come fondo per quegli altri provvedimenti che siano intesi alla riparazione dei danni economici del disastro.

È stata inoltre data facoltà al Compartimento di Catania di erogare L. 2000 per gli urgenti soccorsi locali.

Contro la tratta delle donne e dei fanciulli.

Su proposta del Presidente del Consiglio e Ministro dell'Interno il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto-legge diretto a fissare nuove e precise norme per reprimere la tratta delle donne e dei fanciulli: grave questione già dibattuta sotto tutti i suoi aspetti nel Congresso penitenziario internazionale tenuto a Parigi nel 1895 e successivamente a Londra e poi nella Conferenza diplomatica di Parigi nel 1902.

Il decreto-legge si compone di tre parti: nella prima è configurato il delitto, che nel nostro Codice non era stato ancora specificamente contemplato; nella seconda si disciplinano le agenzie e gli uffici di collocamento di donne; nella terza parte infine si procede alla costituzione dell'Ufficio centrale italiano per la repressione della tratta, in ottemperanza appunto all'accordo amministrativo di Parigi del 1904.

Per tale ufficio è designata la Direzione Generale della P. S. Infine un ultimo articolo estende alle Colonie del Regno con opportune modificazioni le disposizioni approvate.

Omaggio al prof. Porta.

I medici di Sulmona si sono adunati in cordiale simposio per festeggiare il direttore e chirurgo primario di quell'Ospedale Civico, prof. Porta, insignito dal Ministero dell'Interno di una onorificenza al merito sanitario. Allo *champagne* parlò il dott. Cozzoli, ponendo in rilievo le distinzioni acquisite dal festeggiato nel campo professionale, scientifico e sociale.

Commemorazione del prof. Luciani.

Il 24 giugno sono state rese, in Ascoli Piceno, solenni onoranze alla memoria di Luigi Luciani, nella ricorrenza del quarto anniversario della morte.

Con grande concorso di popolo, con l'intervento di tutte le autorità cittadine, delle rappresentanze dell'Esercito, della Magistratura, del Foro, dell'Ordine dei medici e di tutte le Associazioni locali, la salma di Luigi Luciani, giunta da Roma, accompagnata dalle persone della famiglia, venne tumulata nel Famedio comunale. La manifestazione riuscì imponente per la commossa partecipazione di tutta la cittadinanza, che volle rendere l'estremo tributo di onore e di gloria al grande suo figlio.

Nell'occasione furono inaugurate una lapide nella casa ove nacque il Luciani e un ricordo marmoreo con medaglione in bronzo, riproducente la effigie del Maestro, nella casa ove trascorse la sua giovinezza.

Nel Teatro «V. Basso» l'on. prof. S. Baglioni commemorò degnamente l'insigne fisiologo italiano mettendo in rilievo la sua poderosa opera di scienziato.

Una truffa.

È stato arrestato a Palermo, in seguito a denunzia di una Ditta di Milano, certo Angelo Bandiera, che aveva istituito nel suo domicilio, in via Americo Amari 33, una immaginaria *Accademia fisico-chimica*, rappresentata esclusivamente dal fondatore ma nella quale figuravano nomi di eminenti scienziati, e che distribuiva diplomi, con relative medaglie, dietro pagamento di tasse e di altre spese.

Gli sono state sequestrate circolari, diplomi ed altri documenti.

La sua attività si esplicava sepcialmente all'Estero. Le somme percette nel giro di pochi anni ammontano a più di un milione.

Dottorato di Odontoiatria in Argentina.

A Buenos Aires è stato pubblicato il nuovo programma annuale di studi approvato dal Consiglio Centrale Universitario, in sostituzione di quello semestrale in vigore in quella Scuola di Odontologia.

Esso reca: pel 1° anno: anatomia, fisiologia, istologia, fisica e chimica, prostesi dentaria.

Pel 2° anno: batteriologia e patologia generale, anatomia patologica, prostesi dentaria, clinica odontoiatrica.

Pel 3° anno: patologia speciale (boccale e dentaria), terapeutica, prostesi dentaria, clinica odontoiatrica, clinica chirurgica e semeiotica, radiologia.

Pel 4° anno: sifiloiatria, odontologia legale, igiene, ortodontoiatria, corone e lavori a ponte, clinica odontoiatrica, clinica chirurgica e semeiotica.

(L'Avvenire Sanit.).

Con J.-P. LANGLOIS scompare uno dei fisiologi più conosciuti della nostra epoca.

A 20 anni conseguì la laurea in scienze naturali; sollecitato dal Richet padre, si addottorò anche in medicina.

Affrontò subito gli studî della termogenesi e del ricambio, precorrendo i recenti risultati degli americani sul metabolismo basale.

Sono rimaste fondamentali in fisiopatologia le sue ricerche sul compito delle capsule surrenali. Altri studi in cui si è rivelata la sua originalità riguardano l'equilibrio clorato del sangue, la polipnea termica, la fisiologia della circolazione polmonare. S'interessò anche alla fisiologia applicata all'igiene industriale: il lavoro in aria compressa, in ambienti caldi e umidi, in atmosfera contenente vapori nitrosi, l'igiene dei sottomarini. Si è occupato con impegno anche della fisiologia applicata all'educazione fisica.

Alla Facoltà medica di Parigi non potè essere che semplice «aggregato»; venne però nominato professore al Conservatorio Nazionale d'Arti e Mestieri e incaricato di un corso di fisiologia applicata all'educazione fisica. Dirigeva da molti anni la *Revue générale des Sciences*.

Langlois fu infinitamente buono e profondamente amato: era un padre più che un masetro per gli allievi.

Contava 51 anni appena. *a. p.*

Si è spento il dott. O. JOSUÈ, vice-presidente della *Societé dé Biologie*, medico all'Ospedale della Pitié. A lui si deve una scoperta che lascerà una traccia duratura nella scienza: l'ateromasia sperimentale delle arterie, ottenuta mediante iniezioni di adrenalina. Consacratosi alla cardiologia, vi acquistò una grande perizia. Un insuccesso inaspettato al concorso di «aggregazione» lo attristò senza scoraggiarlo: egli raddoppiò di ardore nella sua attività; ma ne è rimasto fiaccato: muore senza aver compiuto la sua giornata, ma lasciando un'opera durevole. *a. p.*

È morto a Trento il 22 maggio u. s. il dottor GUIDO MARCHETTI; di famiglia originaria di Tione (Trentino), era nato a Brescia nel 1870. Aveva diretto un ospedale per bambini; noto come uno dei più distinti medici pratici a Roma, dove si era acquistato rinomanza con una vita di sacrifici tutta dedita al bene altrui, lascia anche fra i colleghi largo rimpianto. A. Z.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Stomatologia, mar. — G. FASOLI. Cementi di silicati ed alterazioni pulpari. — S. PALAZZI. Anestesia tronculare del II ramo del trigemino alla Carrea.

British Med. Journ., 21 apr. — R. HUTCHISON. L'«addome cronico». — D. C. L. VEY e C. ALLBUTT. Iperpiesia.

Prensa Méd. Argent., 30 mar. — R. A. MAROTTA. Varici soprapubiche.

Journ. Méd. Français, mar. — Numero sul trattamento della sifilide.

La Policlinique, 1° feb. — R. WODON. Dosaggio dell'albumina urinaria per diafanometria.

Soc. d. Hôp., 29 mar. — P. VALLERY-RADOT, R. CHARPENTIER, TRABAUD. Desinsibilizzazione per cutireazioni ripetute. — P. MARIE, H. BOUTIES e I. BERTRAND. Studio anatomico di sclerosi laterale amiotrofica.

Minerva Med., 1° mag. — P. FOÀ. Nuove cognizioni intorno al cancro.

Japan Med. World, 15 feb. — S. YANAGISAWA. Influenza del siero immune sulla biologia del bacillo tifico. — N. FUKUI. Azione della luce solare sui testicoli.

Archivi.

Arch. di Ortoped., II. — G. ANNOVAZZI. Guarigione spontanea della lussaz. cong. dell'anca. — S. MARCONI. Trattamento delle rigidità della spalla. — S. BUSINCO. Artrodesi scapolo-omerale. — R. GALEAZZI, A. SERRA. Trapianti muscolari e tendinei.

Revue de Méd., 3. — M. ROCH. Tubercolosi della milza. — E. LEBRUN. La geneserina, nuovo alcaloide.

Radiologia Med., apri. — G. VIANELLO. Modificazioni del sangue determinate da deboli dosi di raggi X sulla milza.

La nostra **SEZIONE MEDICA**, nel Fascicolo 7 (1° luglio) pubblica:

I. — M. GHIRON: **Varietà cliniche della leucemia acuta.**

II. — V. VANNI: **Sulla morfologia e riproduzione della Spirochaeta ictero-haemorragiae di Inada e Ido.**

III. — E. TRENTI: **I tipi di streptococco nella endocardite maligna.**

IV. — U. BACCARANI: **Sovra una speciale reazione colica di origine colecistitica.**

I non abbonati a detta Sezione potranno ottenere questo interessante Fascicolo, inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 23 lugl'o 1923 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L' "epechèsi ossitònica,, elemento essenziale dell'egofonìa.

Prof. G. L. SACCONAGHI,
Medico primario degli Spedali Civili di Brescia.

« Ecquem esse dices in mari piscem meum?
Quos cum capio, si quidem cepi, mei sunt,
habeo pro meis ».

Trattare dell'*egofonìa*, con l'intento d'aggiunger determinatezza alla qualità acustica sua, apparisce a tutta prima, secondo il lato donde si guarda, impresa o ardimentosa o superflua. Ardimentosa, perchè il fenomeno è stato scoperto, e con prediligente cura descritto e studiato, proprio dal LAËNNEC — l'astro più fulgido nel firmamento della semiologia clinica —, e cimentato poi alla critica di intelletti sovrani; superflua, perchè oggimai, a giudicare dalle poche parole con cui i trattatisti si spicciano nel descrivere il fenomeno, si direbbe che le note più singolari di questo sien come ingenitamente impresse nella mente già di qualunque s'accosta la prima volta al letto del malato.

Una considerazione toglie però subito a questo mio scritterello ogni apparenza di ardimento o di superfluità. Il LAËNNEC, che descriveva l'egofonìa con minutezza, la indicava segno patognomonico de' versamenti endopleurici non troppo esigui e immancabile, in questi, in determinati periodi del loro decorso; oggi essa è d'ordinario descritta con sol una o due o tre parole qualificative stereòtipe (voce nasarda; voce interrotta; voce nasarda e tremente; voce nasarda e caprizzante; voce tremènte, a stratte, simile al belar della capra; e via dicendo) e indicata di sfuggita come segno in certa maniera accessorio (o perchè tenuto raro o perchè tenuto infido). Chi conosce passo passo la fortunosa vicenda ormai secolare del fenomeno, lo nota accasciato ancor oggi sotto la zampa greve dello SKODA, leonina zampa sovrana, ma forse appesantita talvolta un po' da inconscia gelosiuccia di campanile; e compatisce alla gaia disinvoltura del WINTRICH, che, sottoponendo a esame severo la voce ascoltata al petto, chiudeva bensì, per onore alla verità ma fors'anche per dispettuccio allo SKODA, col riconoscere il significato pressochè patognomonico dell'egofonìa, ma pur non si peritava, a preludio, di ammonire il pratico che distinguere tra voce nasarda (broncofonìa) e voce nasarda e tremènte (egofonìa) mette conto come decidere « *Se trallalléra o*

trallallà — Il più bel trillo invér ci dà!». Orbene; che un fenomeno, indicato da alcuno come importante, venga d'un tratto o a grado a grado disconosciuto nel suo valore, non è cosa infrequente in semiologia, nè tale da detrarre in ogni caso gran che alla stima dell'autore; ma, che il fenomeno principe del LAËNNEC, indicato da questo come segno patognomonico, e in certa qual maniera immancabile, d'una affezione frequentissima e al controllo ovvia, sia caduto giù giù, pur sotto il piccone d'uno SKODA, a tenere un posto affatto secondario, fa specie; — eccettochè, nel passare da autore ad autore, da manuale a manuale, esso fenomeno siasi venuto via via travisando ne' lineamenti suoi, col perdere alcuna delle note proprie o con l'assumere alcuna nota estranea.

Quest'ipotesi ci esorta all'indagine, e l'indagine ci chiama al LAËNNEC, alla fonte eccelsa. Ma a questa è mestieri ci accostiamo con mente sgombra d'ogni preoccupazione, se davvero vogliamo schivare il pericolo di non sapervi attingere se non quello soltanto e appunto che la semiologia moderna ha infisso e ribadito già nella mente nostra. Tal pericolo non sepp'io schivare fino a parecchi anni addietro, poichè il LAËNNEC scolpisce sì il fenomeno argutamente, ma non con rigore di concetto e di parola sempre coerenti. Sol oggi, che l'esperienza mia, emancipàtasi arditamente dal libro, m'ha insegnato, all'ascoltazione della voce pettorale, ma distinto o spiccante dal suono vocopettorale articolato, un fenomeno acustico affatto singolare e d'una notevole frequenza, caratteristico e, direi, patognomonico de' versamenti endopleurici anco esigui, ravviso nel LAËNNEC una nota, espressa con particolare insistenza, la quale, sceverata ed emendata, m'apparisce in germe il fenomeno medesimo che l'udito mio, più analitico forse che sintetico, è venuto individuando.

Facciàmoci dunque al LAËNNEC, maestro e duce.

Questo descriveva l'egofonìa già nel 1819, nella 1ª edizione del suo trattato; di poi, nel 1826, ossia nella 2ª edizione, apportava qualche lieve modificazione e molte aggiunte, nella parte generale del libro e nella speciale. Espongo qui in succinto la dottrina sua, qual'è, avvertendo che, per maggior concisione e perspicuità, l'ordine e lo stile sono in gran parte diversi dall'originale, ma le parole descrittive e dichiarative son desunte in traduzione fedele dal testo. Certo, se l'esposizione del LAËNNEC fosse stata più sinottica, più chiara e viva ne sarebbe balzata fuori almeno l'impronta complessiva del fenomeno, e dall'autore stesso sarebbero state evitate talune contraddizioni di concetto, sien pur lievi e soltanto formali, alle quali la critica trova facile appiglio.

DESCRIZIONE DELL'EGOFONÌA (SEMPLICE). «*L'egofonìa* (*semplice*) *consiste in una particolare risonanza* (*della voce ascoltata al petto*) *che accompagna o segue l'articolazione delle parole: sembra che una voce in certo modo argentina, più acuta e più agra della voce del malato, quasi eco che di questa ripete le parole o le loro finali, frema alla superficie polmonare, ove par nascere e per così dire natare, anzichè sortire dal profondo. Essa deriva il suo nome dall'immancabile carattere suo complesso — di tremìo come a stratte e di timbro agro argentino fremente — che l'assomiglia alla voce belante della capra. È, insomma, una risonanza caprizzante, leggiera e argentina, alla superficie del polmone. — Il caprizzamento sembra per lo più dipendere dall'articolazione stessa delle parole, sebbene la voce che esce dalla bocca del malato non presenta nulla di simile; ma talvolta, e forse sol quando il versamento pleurico è esiguo, n'è affatto distinto, avvertendosi separati la voce risonante e l'argentino caprizzamento. Allora quest'ultimo, a volte, sembra farsi, pur nel medesimo istante, in un punto, rispetto all'orecchio ascoltatore, un po' più lontano o più vicino che non la detta voce; altre volte invece, quando il malato parli lentamente e tramezzato, si manifesta, non isocrono con la voce, ma immediatamente dopo questa, quasi imperfetta eco, su la finale delle parole*».

DOVE S'AVVERTE L'EGOFONÌA. «*L'egofonìa, quando c'è, s'avverte sempre su una certa estensione; per lo più, in maniera più o meno evidente, in tutto lo spazio tra il margine mediale della scapola e la colonna vertebrale, come pure in tutto il contorno dell'angolo scapolare inferiore e in una zona larga 1-3 dita che gira, seguendo la direzione delle costole, da mezza la scapola al capezzolo, insomma ne' luoghi del petto dove il modico versamento pleurico, nella sua parte superiore, si appone in falda piuttosto sottile alla superficie polmonare.* [N. B., il LAËNNEC, in altro passo, dice che «*l'egofonìa vera e semplice, cioè senza broncofonìa, si manifesta sopratutto alle parti anteriori e laterali del petto*»]; *e il sito dell'egofonìa può esser trasmutato col cangiamento di positura del corpo e quindi del versamento. Può, molto di rado, avvertirsi l'egofonìa su tutta l'estensione del lato malato, e precisamente quando, per briglie d'adesione alla pleura costale, il polmone non può esser*

ricacciato addosso al mediastino ed è per conseguenza attorniato in tutta l'estensione sua da una falda piuttosto sottile di versamento ».

SIGNIFICATO DELL'EGOFONÌA. « *L'egofonìa è segno di versamento liquido endopleurico di modica quantità, sia poi questo dovuto a pleurite o ad idrotorace o ad altro; e non si ha in altri stati. Nella pleurite appare sempre, purchè il versamento sia, come s'è detto, di modica quantità; manca quando il versamento è molto esiguo (può però esser già bastevole una quantità di liquido di 60-100 gr.), come pure quando s'è fatto molto copioso, nel qual caso essa ricompare nel periodo di regressione del versamento o dopo evacuazione operatoria di questo (« egofonìa di ritorno = Aegophonia redux »)* ».

MODO DI PRODUZIONE DELL'EGOFONÌA. « *Un versamento di modica quantità, da una parte per compressione cagiona, oltre a maggior addensamento del tessuto polmonare, un appiattimento, quasi a linguetta di fagotto o d'òboe, de' piccoli e medi rami bronchiali — sì che l'albero bronchiale diventa una sorta di strumento a fiato terminato da una quantità di linguette —, senza però obliterazione de' piccoli e medi nè de' grossi bronchi (quale un versamento molto copioso darebbe); dall'altra, lungi dal comprimere e appiattire il polmone contro al mediastino (come farebbe un versamento copioso), s'appone al polmone in guisa da ridursi nella parte superiore ad una falda sottile. A dare egofonìa concorrono insieme e l'appiattimento de' rami bronchiali — sì che in questi la voce, risonando, freme — e la presenza della liquida falda sottile — epperò agitabile, con tremìo, dalle vibrazioni della voce — (N. B., applicando una vescica, piena d'acqua a metà, alla regione interscapolare d'un sano che presenta quivi una broncofonìa naturale ben marcata, o sul laringe, la voce che attraversa il liquido par farsi più acuta e lievemente tremolante). Alla trasmissione, già facile attraverso a un liquido (ottimo conduttore del suono), giova anche l'addensamento, e quindi la maggior conduttività, del tessuto polmonare. Il solo appiattimento de' bronchi non basta a dare egofonìa; altrimenti questa persisterebbe in tutti i casi ove alla guarigione d'una pleurite con versamento molto copioso tien dietro un restringimento del petto.* [N. B., il LAËNNEC però, in un passo, si lascia sfuggire l'affermazione che « *l'intramessa d'una falda di liquido, se assolutamente necessaria non è a produrre il fenomeno, vi ha almeno molta parte* »] ».

BRONCO-EGOFONÌA. « *Varietà notevoli può l'egofonìa, per il sommarsi suo con una broncofonìa più o meno marcata, offrire quando si manifesta in un punto vicino a un grosso tronco bronchiale, e specialmente verso la radice del polmone* (N. B., *abbastanza spesso allora, verso la parte inferiore del margine laterale della scapola, si avverte egofonìa semplice*). *Di tali varietà possono dare un'idea esatta: ora il trasmettersi della voce attraverso ad un* portavoce metallico *o ad una* canna fessa, *ora il parlare tenendo un* gettone *tra' denti, ed ora anche — e questo paragone, che però s'affà quasi sol quando il fenomeno ha luogo tra il margine mediale della scapola e la colonna vertebrale, è spesso della più perfetta esattezza, massime negli uomini a voce un po' grave — il barbugliamento nasardo de' bagattellieri che fan parlare il* pulcinella. *È da avvertire, però, che una broncofonìa agra, un po' caprizzante o a timbro fesso, non basta a caratterizzare l'unione della egofonìa con la broncofonìa (l'egofonìa essendo come segno vera e sicura sol quando consiste in una risonanza caprizzante, leggiera e argentina, alla superficie del polmone); infatti può detto fenomeno broncofonico manifestarsi, alla radice del polmone, in soggetti che attualmente non hanno veruna malattia degli organi respiratorii, dovuto forse ad appiattimento più o meno pronunziato de' grossi tronchi bronchiali per restringimento del petto consecutivo ad antica pleurite. La broncofonìa che s'aggiunge alla egofonìa può esser tanto la broncofonìa naturale, resa dal versamento più intensa per la compressione che del tessuto polmonare fa un mezzo più denso e meglio conduttore del suono, quanto la broncofonìa accidentale (per epatizzazione: nella pleuropolmonite), eventualmente resa più forte dalla compressione e addensazione dal versamento prodotte nelle parti superficiali del polmone non per anco invase dalla flogosi. È però da notarsi che, quando il versamento pleuritico antecede alla pneumonite, l'appiattimento, ch'esso per compressione produce ne' rami bronchiali sprovvisti di cartilagine, impedisce che la broncofonìa sia ben manifesta* ».

Dall'esposizione, ordinata così, apparisce come elemento precipuo una « *risonanza argentina fremente* », che, appunto perciò, l'autore indica talvolta, senz'altro, come « caprizzamento », ch'è quanto dire « egofonìa » (αἴξ, capra). Apparisce anche, come: 1) tal caprizzamento, in diversi passi dell'opera, è, con evidente incoerenza, ora indicato come compenetrato con la voce pettorale, ora come distintone, e, in questo caso, ora come affatto superficiale, ora come un po' più lontano o vi-

cino che non quella; 2) nella spiegazione del modo di produzione il LAËNNEC considera soltanto il carattere di fremìo e tremìo della voce pettorale e non fa alcun cenno della risonanza argentina; 3) mentre l'egofonìa è dal LAËNNEC indicata con insistenza, come patognomonica de' versamenti endopleurici, l'A., in un passo, si lascia sfuggire l'affermazione che la presenza di versamento assolutamente necessaria non è; 4) il LAËNNEC descrive notevoli varietà dell'egofonìa (congiunta con broncofonìa) col mezzo di paragoni che sono, sì, scultorii ma ne' quali la risonanza argentina fremente non ha alcun rilievo, e sùbito dopo non si pèrita di avvertire che una broncofonìa agra, un po' caprizzante o a timbro fesso, non basta a caratterizzare la presenza dell'egofonìa nel fenomeno.

Si comprende quindi come la risonanza argentina fremente — su la quale il LAËNNEC insiste, ma non sempre, nè sempre con rigore rispetto alla relazione sua con la voce pettorale per così dire di fondo — non abbia colpito la mente della maggior parte dei lettori; tanto più che il paragone col belar della capra, impresso nel nome medesimo di egofonìa, è troppo pretenzioso, tale che nel caso concreto l'ascoltatore non riconosce forse mai la egofonìa se non indulgendo moltissimo e con tutt'arbitrio alla mancanza di questo o quell'elemento. Così ha potuto lo SKODA, che pure ha esposto, in traduzione letterale e veramente fedele, quasi tutta la dottrina del LAËNNEC su l'egofonìa, far consistere questa alla fin fine nel «*suono tremènte*» della voce consonante; suono tremente ch'egli altrove dice dar ora l'impressione di «suono di portavoce», ora di «suono di trombettina», ora di «suono di voce nasale» ed ora infine di «suono di chi parla contro a una carta applicata a' denti d'un pettine»; ha insomma fermato l'attenzione sua proprio su quelle varietà, che il LAËNNEC s'è sbizzarrito a descrivere, sì in modo scultorio, ma come varietà d'egofonìa (combinata con broncofonìa) esenti, pare, della nota caprizzante specifica. Qual meraviglia, che, su questo fallace fondamento e con un tantino d'esagerazione partigiana, lo SKODA trovasse la egofonìa tanto bene ne' versamenti endopleurici quanto, pur senza traccia di versamento, nelle pneumonìe e anco nelle infiltrazioni tubercolari o nelle escavazioni del polmone?

Il fatto, qual'è da me individuato, è questo. All'ascoltazione della voce pettorale, ne' versamenti endopleurici, con una certa frequenza si avverte, compagna al suono voco-pettorale, articolato, qual ch'esso sia, una *sonanza aggiunta di tono acuto* — sonanza ch'io chiamo pertanto «EPECHÈSI OSSITÒNICA», da ἐπί, ἤχησις, ὀξύσ e τόνος — *a pronunzia press'a poco di S o Z dolci o aspre*, sonanza *sommessa, sottile* ma non penetrante, non metallica, che nulla ha per sè stessa del frèmio caprizzante (piuttosto ha del sibilìo sottile d'insetto), anzi è *di solito abbastanza limpida* e *sol talvolta* è in certo modo *finemente ma radamente granulosa* (agra non la direi). — *Ne' casi tipici, è nettamente distinta dal suono vocopettorale articolato, di cui segue soltanto il ritmo sillabico con qualche stràscico* (sarebbe quindi affatto improprio definirla, su l'esempio del caprizzamento secondo il LAËNNC, come una «risonanza» e addirittura errato definirla, su lo stesso esempio, come una sorta d'«eco che ripete le parole, o le loro finali,» della voce pettorale), e par nascere in un piano diverso, quasi sempre più vicino all'orecchio ascoltatore che non il suono vocopettorale, e talvolta concentrarsi o addirittura nascere proprio nella conca auricolare; ad onta della maggiore od anco immediata vicinanza di origine apparente, l'epechèsi talvolta sfugge all'udito nostro se questo è tutt'intento, a foco, al suono vocopettorale. A impressione si direbbe che questo suono articolato, qual che esso sia, proviene, per trasmissione attraverso al tessuto polmonare addensato e al liquido, dall'insieme dell'albero bronchiale, qual ch'esso sia, e l'epechèsi ossitònica, per medesima trasmissione, dalla parte d'albero minuto bronchiale compressa, la quale, per idiosintonìa, dal suono vocopettorale estrae, per così dire, e rinforza quell'ossitòno che corrisponde alla tonità propria di essa parte d'albero tubulare; ma questo che dico non la pretende a spiegazione vera del fenomeno, vuol servire piuttosto, vera o no la spiegazione, a esprimere meglio l'effetto uditivo. Fatto è che a volte, se si comprime più o meno l'orecchio ascoltatore contro al torace, l'epechèsi si avverte rinforzata (per idiosintonìa nella conca auricolare adeguatamente impicciolìtasi?). — *In altri casi*, l'epechèsi, anzichè avvertirsi distinta, *si compènetra col suono vocopettorale* come in concento, *in concento disarmonico* però; anzi (com'io credo) doppiamente disarmonico, perchè disarmonizzanti fra loro, per intervallo d'altezza acustica, l'ossitòno epechèsico e il tono fondamentale vocopettorale, e disàrmonizzanti fra loro, per disparità di forma, la sonanza ossitònica, che non è articolata ma solo sillabicamente ritmata e con stràscico, e il suono vocopettorale ch'è articolato. Secondo che il suono vocopettorale articolato è per sè stesso più o meno nasardo o, poniamo anche, tremènte [a me però il tremìo è parso sem-

pre, non momento insito di suo nel suono vocopettorale, ma effetto già d'una certa disarmonia di concento], si possono avere dal concento i suoni, indicati dal LAËNNEC, di « portavoce metallico », di « canna fessa », di « gettone tra' denti » o di « barbugliamento di pulcinella », come pure gli altri, molto efficacemente aggiunti dal RACIBORSKI, di « mirliton » (« mirliton » o « flûte à l'oignon » è una sorta di flauto rusticano di canna chiuso alle due estremità da una bucciolina di cipolla) o di « chi parla contro a' denti d'un pettine sottile ricoperto di carta su una faccia »; ma poco contano questi paragoni se nel concento non spicca chiara, per disarmonia, l'epechèsi ossitònica, che sola dà facoltà di affermare, con più o meno sicurezza secondo la maggiore o minor chiarezza di spicco, la presenza di versamento.

Con questo non voglio affermare (« Nullum Numen abest, si sit Prudentia! ») che l'epechèsi ossitònica, anche se distinta o molto spiccante, sia proprio assolutamente patognomonica. In clinica, si sa, il valore della parola « patognomonico » va inteso sempre con una certa restrizione; nel fattispecie nostro poi può darsi che, fra l'altro, una compressione estrinseca qualsiasi (ad es. da ascesso subfrenico o, come affermava per l'egofonìa H. LANDOUZY, da cotenna pleurica) basti a dare condizioni polmonari atte all'epechèsi. Fatto è, però, che in tutti i casi di indubbia epechèsi ossitònica, da me osservati a tutt'oggi, ho potuto dimostrare, anche con la puntura esplorativa, la presenza di versamento endopleurico, e nei casi di epechèsi non proprio manifesta ho dovuto al più conservare qualche rara volta il dubbio, ma non mai ho avuto la certezza, della mancanza di liquido. Nè può dirsi che l'epechèsi manchi quasi sempre ne' versamenti molto esigui o molto copiosi, come affermava per l'egofonìa il LAËNNEC. Nei versamenti molto copiosi, l'epechèsi è invero rara: ma nei modici e negli esigui è frequente, sì che talvolta nei molto esigui e saccati ho potuto, con la scorta d'una circoscritta epechèsi, infigger l'ago della siringa alla sicura nell'unico sito ov'era possibile estrar liquido. E l'epechèsi più manifesta si avverte qua o là nella zona ottusa, senza regola evidente, non (come affermava invece il LAËNNEC per l'egofonìa)) quasi soltanto nella parte superiore; anzi, in genere, direi più frequente l'epechèsi verso il mezzo della zona. Ho detto, più sopra, che l'epechèsi si avverte con una certa frequenza; posso forse aggiungere che, senza distinzione di stadi dell'affezione, si avverte in circa la metà dei casi di versamento endopleurico che càpitano all'osservazione, ma è difficile farne affermazione esplicita poichè, per bizzarria di cose, talvolta càpitano, in lunga serie, casi di versamento quasi tutti con epechèsi e casi quasi tutti senza! — Talvolta, a render manifesta o più manifesta l'epechèsi ossitònica giova esortare il malato a parlar più forte.

Concludendo: L'« EPECHÈSI OSSITÒNICA » è da tenersi l'elemento essenziale dell'« EGOFONÌA »; col che implicitamente si vien a dare a quest'ultimo nome — che invano cercheresti di sopprimere, dopo natali così illustri e dopo cittadinanza clinica di oltre un secolo — la significazione lata di « fenomeno caratteristico e forse patognomonico della voce ascoltata al petto ne' versamenti endopleurici ».

Sul punto di deporre la penna, due obiezioni, di valore ben diverse, mi s'affacciano, che parmi veder spuntare già su le labbra di questo o quello de' miei lettori.

Una prima obiezione potrà, sì, spuntar su le labbra, ma non potrà, spero, esser realmente sentita nella retta coscienza di alcuno de' miei lettori. Altri però — conosco i polli — potrebbero sentirla in tutta la fede baggèa della loro stolidità. Obietterebbero, dunque, costoro, che un'analisi così sottile, com'è questa mia, è inutile quisquiglia, massime oggi che la pratica della puntura esploratrice è alla mano di ogni più umile medicuccio. Ma beati loro, se non avvertono il bisogno d'aver più d'una freccia nella farètra e sanno acconciarsi una vita deliziosa con la mente mùtila e i sensi ottusi! E beati pur anco i loro pazienti, se si senton tranquilli sotto l'occhio vigile di tanta scienza ultramoderna! Perocchè, siffatti eroi dalla farètra vuota son poi quelli stessi che, per malaugurato bisogno d'ammantare di scienza la lor mente gaglioffa, si fanno i più scalmanati, ma insieme i più malaccorti, paladini d'ogni metodo novo; son quelli ch'esigon l'esame radiologico proprio sol quando questo è inutile, e l'emocultura a determinare le infezioni più evidenti; son quelli che non dùbitan d'applicare la sieroterapia a ogni febbre e l'opoterapia a tutte le alterazioni, vere o supposte, di organi, e via dicendo; son gli eroi, semplicetti quanto arroganti, che attendon al varco l'annunzio d'ogni, anco più strampalata, novità dell'arte, non per ghiotta smania d'apprender utilmente il verbo novo, ma per offrire con bel gesto al novo nume tutto l'omaggio della loro insipienza. Non medici sensati, ma scervellati autòmi infesti in tutte le maniere!

Alcuno, invece, de' miei lettori potrà per avventura obiettare — e qui l'animo mio si risolleva — ch'esso già da anni, molti o pochi, intende l'egofonìa, su per giù, conforme alla

analisi da me fatta. A questo possibile asserto son dispostissimo a credere fin d'ora, tanto più che mi sarebbe di non poca sodisfazione trovare, così già pronto, il sostanziale consentimento di sapienti colleghi. Ma — oltre che la analisi non l'ho trovata in alcun libro, fatta già o accennata, (quel che si può desumere dal LAËNNEC è analisi in germe e per vari aspetti apparisce differente) — posso assicurare che i molti, anco valentissimi colleghi, ai quali ho avuto l'opportunità di dimostrare secondo l'interpretazione analitica mia il fenomeno egofonico più parlante là dove essi non sapevano punto ravvisarlo, hanno manifestato, tutti, grande e grata sorpresa: segno chiaro che, alla mente loro, libri e maestri eran stati per lo meno, inefficaci. Epperò ho scritto. Se non ho scritto per tutti, ho scritto per que' molti che ancora non sanno, ubbidendo al preciso dovere d'ogni studioso, ch'è di risparmiare ad altrui la ripetizione inutile d'una faticata esperienza. « *Virginibus* », se mai, « *puerisque canto* ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Contributo all'opoterapia dello scleroderma.

Dott. ZUCCÒLA, primario e docente.

Un rapporto fra sclerodermia e disfunzione della ghiandola tiroide è ipotesi ventilata colle prime osservazioni cliniche della lesione cutanea (fosse essa generalizzata: Leube, Bouttier, S. Marie; o disseminata: Littmann; o a striscie: Grinfeld, Peterson; o sotto forma di sclerodattilia: S. Marie, Jeanselme, Krieger), associata ad un m. di Basedow completo od incompleto (Leube, Bouttier, S. Marie, Leopold Levy, Rotschild, Littmann, Grünfeld, Peterson, ecc.), o a un gozzo semplice (Jeanselme, Klippel, Balzer, Boot) o anche ad atrofia della ghiandola (Singer, Hecktoen, Leredde, Thomas); e nelle quali efficacemente si era intervenuti con una terapia tiroidea (Ménetrier, Bloch, Lustgarten, Pisko, Jakimoff, Lancereaux, Paulesco; Schamberg, Grünfeld, Kornfeld, Leopold Levy, Rotschild, Darrier, Ferrand, Mircouche, Paix, Nordmann, ecc.).

Se non che col moltiplicarsi delle osservazioni, col rendersi più precisi i metodi biologici d'indagine e con una più minuta disamina dei casi citati nella letteratura si poteva concludere che non sempre la sola ghiandola tiroide è imputabile dei disturbi trofici, appoggiando tali vedute la presenza con essa di altri quadri clinici quali la tetania (Dupré, Guillain), l'acromegalia (Strümpell), il m. di Dercum (Oddo, Chassy), o di altri sintomi riferibili all'ipofisi (Roux, Touchard, Lafond, Izar, Souza-Leite, Souques, Hirschfeld, Sternberg, Oddo, Nicolas), alle surrenali (Charvet, Carle, Nicolas, Lancereaux, Paulesco, Glurson), alle paratiroidi (Dupré, Guillain, Nicolas), alle ovaie (Fumarola).

Per ciò la sclerodermia veniva interpretata come una sindrome pluriglandulare confortando tale supposizione l'osservazione dell'inutilità della opoterapia uniglandulare e l'efficacia della pluriglandulare: ed i casi di Bonnefoy, Arcangeli, Morselli, Rovitsch, Osler, Friedhein, Grünfeld, Körner, Laquerrière, sono esempi indubbi, essendosi in essi dimostrata insufficiente la terapia tiroidea sola, utile al contrario se associata a quella ovarica, testicolare, surrenale, ipofisaria.

Indubbiamente però nella grande maggioranza dei casi la lesione sclerodermica si accompagna a disturbi tiroidei, disturbi non sempre presumibilmente identici se teniamo conto dei reperti anatomici: abbiamo già detto come essa possa accompagnarsi ad un m. di Basedow sintomatologicamente completo, non meno frequentemente incompleto, oppure con una semplice ipertrofia o atrofia della tiroide; di modo che a lato di una forma con ipertiroidismo altre ne dovrebbero sussistere con ipotiroidismo. Suttler emette senz'altro l'ipotesi che in ogni caso la ghiandola emetta una sostanza tossica particolare; Kornfeld, Grünfeld, Leopold Levy, Rotschild, al contrario, che m. di Basedow e sclerodermia evolvano su un terreno comune che la clinica rivela essere ipotiroidismo. Concetto confermato dalla non infrequente insorgenza di fenomeni mixedematosi (Littmann, Grasset, Osler, Dehn) e del reperto frequente di alterazioni sclerotiche della ghiandola tiroide. Del resto spesso nelle osservazioni pubblicate il gozzo esoftalmico è frusto o si trattava di forme basedowoidi, mentre un'analisi più precisa forse permetterebbe di applicare ad esse l'etichetta di instabilità tiroidea.

Cassirer afferma come in tali casi si sia troppo corrivi nel diagnosticare un m. di Basedow, poichè molti sintomi attribuiti ad esso appartengono alla sclerodermia come tale, mentre l'esoftalmo può essere simulato dalla maschera sclerodermica, mentre ancora casi basedow-simili non sempre seguono nella loro intensità il decorso del processo sclerodermico. Altrettanto per quanto riguarda una compartecipazione al processo del tessuto cromaffine per la frequente comparsa di pigmentazioni cutanee, non solo perchè esistono numerose combinazioni (Lichtwitz, Kren) di scle-

rodermia con pigmentazioni Addison-simili della pelle e delle mucose, nelle quali all'autopsia non si riscontrò alcuna alterazione delle surrenali, ma ancora perchè in altri casi nei quali è mancato il sussidio di prove biologiche e del reperto anatomico, la pigmentazione è svanita indipendentemente da una terapia surrenale.

Quindi se l'associazione ai disturbi tiroidei di perturbazioni a carico di altre ghiandole endocrine fanno sotto certi punti di vista della sclerodermia una disendocrinia, una sindrome pluriglandulare, altre considerazioni permettono di mantenere su questa ipotesi un certo riserbo; poichè si deve tener presente che la presenza di processi sclerotici in singole ghiandole non è dimostrazione definitiva, ciò non parlando sempre per una loro deficiente funzionalità; che il processo sclerodermico, potendo interessare anche i tessuti profondi, può colpire alle volte, ed in via puramente secondaria, altre ghiandole sanguigne, se pure i sintomi pluriglandulari non sono dovuti ad un puro perturbamento funzionale del sistema delle ghiandole sanguigne, secondario alla lesione prima (Falta).

Oss. I. — Br. Mario, anni 34, avvocato. Nulla nel gentilizio; nell'anamnestico non malattie degne di nota, non lues, discreto bevitore e fumatore. L'inizio della malattia daterebbe da quattro anni circa e si sarebbe iniziata con dolori a carattere radicolare diffusi al collo, al torace ed agli arti sup., interpretati da prima d'origine reumatica, per cui il p. si sottopose a cure saliciliche e termali senza ottenerne vantaggi. Dopo cinque mesi dall'inizio loro l'a. notò che la cute del collo, degli arti superiori e del tronco andava come ispessendosi, si faceva più consistente, tanto che non tardò a notare una particolare rigidità nei movimenti, la sensazione come se il torace fosse stretto da una fasciatura rigida. Prima ancora dell'alterazione cutanea aveva notato che il collo andava ingrossandosi, che qualche volta era colto da accessi di cardiopalmo, da crisi sudorali, da tremori alle mani, sì che la scrittura era irregolare, da una minore resistenza alle fatiche.

All'esame obbiettivo si riscontra individuo in buone condizioni di nutrizione, occhi leggermente sporgenti, non sintomo di Stellwag, di Moebius e di Graefe. Ghiandola tiroide uniformemente ingrossata, non pulsante, tremore a piccole scosse alle mani. Nulla agli organi cavitari.

Buona parte della cute del collo, del torace, degli arti superiori si presenta notevolmente alterata: essa è spessa, come indurita, più resistente della norma, ha perduto la sua mobilità sui piani sottostanti e non è più sollevabile in pieghe. Alla palpazione è fredda, come infiltrata in tutto il derma, quasi esistesse un edema duro, alla pressione però non rimane l'impronta del dito. Le zone così infiltrate hanno una disposizione quasi simmetrica: corrispondono alle zone di distribuzione della III, IV e V radice cervicale e della II, III, IV e V dorsale con accentuazione dei fatti a sinistra, non si hanno modificazioni della cute in corrispondenza della zona V-X dorsale, mentre lesioni identiche, ma meno intense, in corrispondenza della XI e XII dorsale ed in grado ancora minore della I, II, III e IV lombare. I tronchi nervosi corrispondenti non sono dolenti.

I movimenti delle parti sono possibili ma impacciati. Soggettivamente l'ammalato avverte parestesie nei territori lesi, mentre l'esame dimostra ipoestesia ed ipoalgesia per tutte le sensibilità. Tanto gli arti superiori che inferiori sono piuttosto freddi e si coprono di frequente sudore.

Diadococinesia e sinergia normali; senso stereognostico, di posizione e di movimento integri. Sensi specifici normali.

La reazione di W. col siero di sangue e col liquor riuscì negativa nè potè essere riattivata.

L'esame elettrico non dimostrò alcuna nota speciale tanto per la corrente faradica e galvanica.

Riflessi sia superficiali che profondi normali.

Pressione vascolare 110-120. Polso 90-95.

L'esame della crasi sanguigna non diede reperti degni di nota, quello delle orine riuscì negativo per il glucosio e l'albumina. La compressione dei globi oculari provoca marcata bradicardia (da 95 a 72) e bradipnea (da 20 a 12).

I metodi farmacologici mediante l'adrenalina, secondo Petren, Thorling, Bauer, Heppinger ed Hess (mmgr. 0,0005-0,001), la pilocarpina (0,005-0.01), l'atropina (0,0001-0,0005), l'endotimina, l'ipofisina e la pituitrina (0.5 cmc.), studiando il modo di comportarsi del polso, del respiro, della pressione e della temperatura non diedero risultato degno di nota, al contrario l'iniezione di ¼-½ e 1 cmc. di endotiroidina diede diminuzione del numero dei polsi (da 110 a 90) ed un aumento della pressione (da 110-120 a 130-140) non accompagnato da altri fenomeni obbiettivi o subbiettivi.

Oss. II. — Negr. Anna, anni 36, casalinga. Nulla nel gentilizio nè nell'anamnesi remota. Sposatasi a 21 anni ebbe tre gravidanze tutte a termine con puerperio regolare. A 32 anni, in seguito, dice l'a., ad un forte spavento, incominciò ad avvertire cardiopalmo insorgente da prima solo in seguito a fatiche, poi anche accessualmente in riposo; contemporaneamente notò tumefazione del collo, facile stanchezza sia fisica che intellettuale, tremori diffusi a piccole scosse agli arti superiori, crisi sudorali. È dimagrita di 8 kg. circa. Pochi mesi dopo l'inizio di questi disturbi vennero a mancare le mestruazioni.

E. O. — Condizioni di nutrizione deficienti, bulbi oculari leggermente sporgenti: Graefe, Stellwag, Moebius presenti.

Ghiandola tiroide uniformemente ingrossata, non pulsante.

Cuore in limiti con toni affrettati, impuro il primo alla punta, non accentuato il secondo sulla polmonare: polso piccolo frequente (100-110 al m'), debole (pressione vascolare 100-110).

Nulla ai polmoni ed agli organi addominali.

Le orine (media giornaliera 1000-1200 cmc.),

non contengono nè zucchero nè albumina. Nulla all'esame dei genitali.

Bilateralmente la cute delle spalle, la superficie antero-esterna e posteriore del braccio e dell'avambraccio e più precisamente quella corrispondente alla zona di distribuzione del IV, V e VI ramo cervicale si presenta notevolmente ispessita e di consistenza superiore alla norma; non può essere sollevata in pieghe, e compressa non mantiene l'impronta del dito. Qualche altra zona di ispessimento si trova sul torace, sulla superficie esterna delle coscie, senza che esse mantengano alcuna disposizione simmetrica.

Qua e là sussistono zone di ipercromia la cui epoca di comparsa non è precisabile, non anteriore certo, però, all'inizio della malattia.

La sensibilità tattile è diminuita nelle zone di cute lesa, la dolorifica è intatta, diminuita la termica.

Sensi specifici integri; senso stereognostico, di posizione, di movimento integro. Diadococinesia e sinergia conservate.

Riflessi superficiali e profondi normali.

Reazione di W. negativa.

Le prove farmacologiche all'adrenalina, alla pilocarpina, all'atropina, all'endovarina non diedero alcun risultato; invece quelle coll'endotiroidina e coll'endotimina determinarono un aumento della pressione (da 100 a 125), un rallentamento del polso (da 105 a 95) con rinforzo delle pulsazioni cardiache.

Stabilitasi così per entrambi i casi la diagnosi generica di sclerodermia, tenuto conto dei fenomeni che completavano la sintomatologia del primo: fenomeni basedowoidi e prove farmacologiche tendenti ad ammettere nella disfunzione della tiroide il momento eziologico, l'indirizzo terapeutico non poteva orientarsi se non verso tale principio.

Altrettanto dicasi per l'oss. II, nella quale se i fenomeni basedowiani e le prove farmacologiche parlavano in modo indubbio per un vizio funzionale della tiroide, i risultati della prova coll'endotimina e la precoce sospensione della funzione mestruale e la comparsa di zone di ipercromia ci lasciava perplessi circa la probabile, sia pure indiretta, compartecipazione del timo dell'ovaia e delle surrenali.

Nel primo caso ed in un primo tempo si istituì una cura di tiroidina atossica, cura proseguita per tre mesi circa senza che l'a. ne avesse alcun vantaggio nè dei fenomeni sclerodermici e neppure dei basedowoidi, di modo che essa venne sostituita con una seconda a base di endotiroidina.

Nel secondo, ammaestrati dalla prima osservazione, quantunque i fenomeni basedowiani fossero assai netti, si tentò immediatamente una cura con endotiroidina ed endotimina.

Nel primo, dopo un mese circa di cura con endotiroidina scomparvero i fenomeni soggettivi: le parestesie, le crisi sudorali, il cardiopalmo, il senso di fatica ed in capo a tre mesi incominciarono a regredire i fenomeni cutanei; in primo luogo la cute dell'addome e delle coscie, che presentava lesioni meno profonde, incominciò ad assottigliarsi, a farsi scorrevole, più elastica, tanto da poter essere sollevata in pieghe; solo dopo 5 mesi miglioramenti dello stesso genere poterono rilevarsi alla cute del tronco e delle braccia. L'a. venne seguito per oltre due anni consecutivi, durante questi seguì la cura in modo continuo per i primi 8 mesi e poi a mesi alterni. Oggigiorno un leggiero ispessimento si rileva ancora in corrispondenza del collo e delle due spalle, più precisamente in corrispondenza della zona di distribuzione della IV cervicale. Soggettivamente l'a. non risente più alcun disturbo sebbene i fenomeni basedowoidi non abbiano subìto alcuna modificazione.

Nel secondo caso la cura fu seguita in modo continuo per 6 mesi e quindi a mesi alterni ancora per 12. Prime a scomparire furono le sensazioni soggettive e le crisi sudorali, il cardiopalmo al contrario non si attenuò; dopo quattro mesi la cute incominciò a riprendere il suo aspetto normale, da prima quella corrispondente alla zona di distribuzione della IV lombare e più tardi, a distanza di parecchi mesi, quella della IV e V cervicale: incominciò in essa a notarsi una minore resistenza, a farsi più scorrevole, residuandone in ultimo solo una modica infiltrazione sotto forma di pseudo-edema. Di pari passo le zone di pigmentazione si fecero meno evidenti senza però mai scomparire del tutto. L'a. ottenne il massimo vantaggio dopo 11 mesi di cura; dopo questi, pur continuando nel trattamento, non ebbe ulteriori benefizi. I fenomeni basedowiani non presentavano alcuna regressione. Dopo 6 mesi di cura ricomparvero le mestruazioni.

Per concretare in entrambi i casi si trattava di individui affetti da sclerodermia, il primo con sintomi di disturbi funzionali a carico della tiroide, il secondo con fenomeni basedowiani veri e proprii uniti a fenomeni presumibilmente dipendenti da disfunzione del timo dell'ovaia e delle surrenali: concetti presupposti che venivano a trovare la loro conferma nel sussidio terapeutico al quale si era fatto appello.

I due casi offrirebbero campo ad ogni più ampia discussione sull'eventuale rapporto delle varie ghiandole a secrezione interna se le attuali nostre conoscenze fisiologiche, molto incomplete, non potessero con gran facilità metterci allo sbaraglio di facili obbiezioni quando

sul loro schema volessero trarsi deduzioni nel campo della patologia in cui a maggior ragione si noverano incertezze.

Poichè evidentemente parecchi fatti clinici osservati sono intessuti di contraddizioni non a pieno decifrabili alla luce delle attuali nostre conoscenze a meno che non ci si voglia accontentare di molto facili ipotesi.

Rènard e Coulot passando alla trafila critica numerosi casi di sclerodermia apparentemente d'origine tiroidea (alcuni dei quali con melanodermia) e nei quali una terapia tiroidea-surrenale si era dimostrato inutile, mentre aveva dato buoni frutti quella ipofisaria (senza che le prove farmacologiche parlassero per una compartecipazione di questa ghiandole o l'esame anatomico delle singole dimostrasse lesioni a carico di esse); di altri imputabili a lesioni ipofisarie guarite al contrario con terapia tiroidea o timica; e di altri ancora imputabili a lesioni delle surrenali e guarite non con terapia surrenale ma tiroidea-surrenale; vennero indotti a domandarsi se invece di parlare di una sclerodermia d'origine tiroidea o ipofisaria od ovarica o surrenale, non si dovesse piuttosto pensare all'esistenza di una sclerodermia sempre d'origine tiroidea, nella quale la secrezione tiroidea, deficiente od alterata, potesse essere eccitata o regolarizzata dall'iperfunzione di una ghiandola vicariante, artificialmente perseguibile mediante un'opoterapia eterologa mono- o pluriglandulare.

Ipotesi che non sarebbe neppure in contrasto con quanto si ammette circa la correlatività delle ghiandole a secrezione interna e secondo la quale fra due di esse possono intercedere rapporti di duplice natura a seconda che gli ormoni di una controllano la immissione in circolo del secreto dell'altra o semplicemente la formazione e l'accumulo di esso.

Etienne, Richard, Ramond, François spiegano, ad esempio, le forme basedowiane consecutive ad ipersurrenalismo ammettendo un'eccitazione del sistema nervoso delle surrenali che induce una ipersecrezione e necessariamente un'esaltazione del simpatico il quale a sua volta eccita l'iperfunzione della tiroide: in altri termini che l'adrenalina favorisca la formazione e la mobilizzazione del secreto tiroideo a quella stessa guisa che agendo sul fegato mobilizza il glucosio senza favorirne la formazione; ed in un altro campo che alcuni ormoni ovarici stimolino il trofismo tiroideo ma rallentino il passaggio in circolo dei prodotti ghiandulari; a quella stessa guisa che la tiroidectomia determina ipertrofia ed iperplasia della ipofisi senza corrispondenza di sintomi imputabili a questa iperfunzionalità poichè senza la collaborazione tiroidea il prodotto ipofisario rimane inattivo.

Ora questi dati fisiologici tutti ancor pieni di incertezze e di lacune possono in condizioni patologiche anche invertirsi forse in omaggio al principio che se uno stimolo ad una determinata dose ha un'azione eccitante quando essa è eccessiva può inibire.

E forse a ciò ancora sono imputabili certi reperti apparentemente contradditori di cui è piena tuttora l'endocrinologia sperimentale.

Che l'ipofisiectomia possa determinare un'evoluzione precoce del timo (Ascoli, Legnani, Houssay) o la sua persistenza abnorme (Cushing, Aschner); che la tiroidectomia determini un'ipoevoluzione delle ghiandole sessuali (Magus, Levy, Langhaus, Lucibelli, Scala, Hertz), o sia senza influenza (Partov, Golstein, Hoskins, Allen); che determini una ipofunzionalità della ghiandola mammaria (Hartoghe, Spolverini, Moussu), o una iperfunzionalità (Spolverini, Pende, Parhon, Golstein); che sia indifferente sulle paratiroidi (Maresch, Pineles, Morel, Roussy, Clunet, Taneberg) o ne determini una iperplasia e un'iperfunzionalità (Halpenny, Tompson, Vincent, Gley, Capobianco, Scafer, Jolly) e sul timo ne favorisca l'involuzione (Hofmeister, Jacoby, Lucien, Parisot, Pineles, Schilder, Berheim, Carrer, v. Basch) o la persistenza (Gley, Cadiac, Guinard, Biedl, Sainton, Rathéry, Pende, Uttèrström, Hoskins), ecc.

Tanto che non potendo altrimenti darci conto di parecchi fatti clinici si è dovuto ammettere ormoni molteplici, ormoni di categorie funzionali diverse. Ed è indubbio che solo in tal modo possiamo spiegare bene la complessività, la varietà delle loro funzioni, quali risultano dai dati sperimentali e dai fatti clinici, nei quali particolarmente una dissociazione funzionale è possibilità più frequente a constatarsi.

Come logica conseguenza si è dovuto concludere che per tutti questi organi si deve ammettere non un ipo- od un'iperfunzionalità, ma diverse ipo- ed iperfunzionalità.

L'esposizione sommaria di tali fatti mi è sembrata necessaria per un tentativo di spiegazione di quanto si è osservato nei nostri casi particolari, poichè solo alla luce di essi potrebbe spiegarsi quanto si è osservato nella prima osservazione nella quale avendosi sintomi imputabili ad ipertiroidismo, con una semplice cura di tiroidina atossica non si è avuto ragione delle alterazioni sclerodermiche, mentre un miglioramento potè ottenersi quando si è passato ad una cura con preparati tiroi-

dei; se pure non dobbiamo ammettere che colla somministrazione di questi si abbia indirettamente influito sulla funzionalità di altre.

Così nell'osservazione II: si avevano sintomi indubbi dipendenti da una disfunzione ancor più manifesta della ghiandola tiroide non solo, ma ancora del timo e dell'ovaia, orbene mentre non si ebbero risultati con una semplice cura tiroidea, incominciarono ad ottenersene quando si associò una cura con endotimina, ottenendosi con ciò anche la scomparsa di quei fenomeni che potevano essere attribuiti ad un'insufficienza ovarica (si ricordino in proposito le osservazioni di Tilmont che nelle distiroidia ha notato periodi di insufficienza ovarica sia parziale che totale) e di quegli altri (aree di ipercromia) che noi saremmo stati propensi ad attribuire ad una disfunzione delle surrenali.

Risultati questi ultimi di spiegazione tutt'altro che facile ancor che la clinica dimostri un frequente parallelismo del timo e della tiroide di questa coll'ovaia e colle surrenali. Difatti, tanto per citare un esempio, nell'aplasia tiroidea si ha ipoplasia timica ed ovarica; mentre nella iperplasia tiroidea si ha iperplasia timica; l'innesto di timo produce un ingrossamento della tiroide ed ipoplasia ovarica (Bosch); l'innesto di timo basedowiano ingrossamento della tiroide con sintomi di ipertiroidismo e sospensione della funzione ovarica (Bescher) e la somministrazione di estratti tiroidei produce iperplasia ed iperfunzionalità del timo (Pende, Utterström).

Di modo che anche possiamo ammettere come molte volte alterazioni che noi pensiamo di poter attribuire ad una disfuzione di questa o quella ghiandola possano non essere tali o possano non essere esponente di una lesione limitata, tenendo presente in ogni modo che sempre si tratta di un iper- od un ipofunzione in una ghiandola funzionalmente anormale, chiamata ad agire su di un organismo tale da variarne di per sè stesso gli effetti.

I casi citati ne sono un esempio. Tanto nell'uno quanto nell'altro colla sclerodermia sussistevano sintomi di ipertiroidismo, o almeno sintomi che noi siamo tratti ad interpretare come tali, era logico il supporre che anche la prima riconoscesse un identico momento eziologico, eppure i sussidi terapeutici che in genere agiscono in tali condizioni morbose si dimostrarono privi di alcuna efficacia, mentre risultati palesi si ottennero quando si ricorse ai preparati tiroidei la cui somministrazione teoricamente avrebbe potuto interpretarsi come un controsenso. Ma la terapia tiroidea ha agito sul fatto sclerodermico non sui fenomeni di ipertiroidismo segno evidente che i fattori determinanti l'una cosa e l'altra non avevano fra loro alcun nesso e che doveva trattarsi di due disfunzioni distinte nelle loro origini e nei loro effetti.

Considerazioni tutte che stanno ad indicarci in quali incertezze tuttora si navighi nella disamina di fatti imputabili a funzioni delle ghiandole a secrezione interna e di quale ancor più difficile interpretazione siano le già incerte interdipendenze loro quando si entri nel campo della patologia.

Sopra un caso di degenerazione genito-sclerodermica.

(Contributo clinico allo studio delle sindromi pluriglandolari).

Dott. ANTONIO GUERRICCHIO.

Il capitolo delle sindromi pluriglandolari è andato in questi ultimi tempi sempre più allargando i suoi confini. In endocrinologia si ripete, così, quello che accade in molti nuovi campi della medicina in cui, dopo un periodo di sottili distinzioni intese a differenziare quadri clinici sempre più numerosi, l'arricchirsi della casistica e il progredire delle nostre conoscenze inducono ad una concezione clinica e patogenetica più comprensiva, se non anche più unitaria.

Gli è che qui, più che mai, la legge della intima solidarietà di tutti gli organi e le funzioni della vita non ha eccezioni. Le innumerevoli ricerche compiute in questi anni convergono, infatti, a dimostrare quale fitta rete di rapporti diversi e spesso in apparenza contraddittori congiunga le più lontane glandole, e come molteplici siano quasi sempre le azioni di una stessa secrezione ormonica. Se a ciò si aggiungono le complesse correlazioni esistenti fra ghiandole a secrezione interna e sistema nervoso vegetativo (sindromi endocrino-simpatiche di Castellino e Pende), le inevitabili esagerazioni e, nell'applicazione pratica, i risultati quanto mai incerti di ogni terapia sostitutiva, si comprenderà come la fisiopatologia degli organi endocrini si sia oggidì tanto complicata, da sembrare ad alcuni necessaria una revisione di gran parte dei fatti acquisiti e delle ipotesi emesse in questo campo.

Al concetto di alterazione quantitativa, per cui in passato quasi tutta la patologia endocrina si risolveva in un eccesso o in un difetto di secrezione, in iper- o ipofunzione di una glandola, va ognor più sostituendosi quello più complesso, per quanto non meglio precisabile, di alterazione qualitativa, di disfun-

zione, di deviazione dalla norma per turbato equilibrio intra- o interglandolare, così che negli stessi quadri delle classiche affezioni monoglandolari pure si tratterebbe di prevalenza delle alterazioni di una glandola, senza che sia sempre possibile identificare l'organo primitivamente colpito e che si possa, comunque, prescindere dai disturbi di tutto il sistema i quali modificano in modi infiniti la fisonomia del quadro clinico.

Fra le affezioni pluriglandolari rientra, per concorde giudizio degli AA., quella sindrome a cui von Noorden diede il nome di *degeneratio genito-sclerodermica*.

È questa una malattia che colpisce improvvisamente giovinette fino allora floridissime, in seguito ad una infezione acuta, e che si manifesta con amenorrea, dimagramento, rapida involuzione a tipo senile delle più importanti funzioni organiche, aspetto di « vecchia vergine », alterazioni trofiche della cute fino alla sclerodermia.

Il caso caduto sotto la mia osservazione mi sembra, per la relativa rarità dell'affezione e per alcune particolarità della sintomatologia, non privo di interesse, e però credo opportuno pubblicarlo.

Si tratta di una ragazza di 23 anni, Maria G. C., da Matera (Potenza), che la madre mi conduce perchè da più di un anno deperisce, perde di peso e di appetito, non accudisce alle faccende di casa con l'usata attività, ed accusa un certo indebolimento della vista.

L'inferma è stata sempre piuttosto gracile, ma è nata e si è sviluppata normalmente: non ebbe nell'infanzia alcuna malattia degna di ricordo, fu mestruata all'età di 13 anni e le regole si seguirono in modo sempre fisiologico. I genitori sono viventi e sani; la madre ebbe dodici figli, nove dei quali morti in tenera età per malattie acute; nessun aborto.

Nel giugno del 1921 fu improvvisamente colpita da febbre alta che si protrasse con lievi remissioni per circa quindici giorni, con intensa cefalea, vomiti, delirio e tendenza al sonno. Da allora non si è più ristabilita, ma comparvero ben presto gli attuali disturbi che andarono rapidamente peggiorando.

Le mestruazioni cessarono del tutto, si manifestò progressivamente invincibile anoressia, svogliatezza, senso di stanchezza, ostinata ed intermittente cefalea frontale, pallore e dimagramento crescente. Nello stesso tempo il carattere subiva profondi mutamenti: alla primitiva giovialità andò sostituendosi un certo grado di apatia, congiunta, per altro, a facili e violenti accessi di collera.

Da qualche mese vede confusamente, in modo un poco più chiaro nelle ore della sera, ed ha dovuto abbandonare il lavoro del ricamo, in cui era abilissima, perchè non riesce più neanche ad infilare un ago.

Avverte spesso senso di intormentimento alle estremità, e la madre riferisce che nell'inverno mostrò la più grande sensibilità al freddo, fino a non levarsi dal letto nelle giornate più rigide, mentre durante l'estate sopporta bene il caldo, con scarsissimi sudori. È stata sempre fortemente stitica.

E. O. — L'inferma ha tutto l'aspetto di una vecchietta: curva, per una notevole cifosi dorsale, elle incede a piccoli passi, con andatura stanca, strisciando sul suolo i tacchi delle scarpe.

Il viso ricorda per alcuni caratteri la facies gerodermica: cute pallida, tendente al gialletto, secca, sottile, inelastica specialmente sui pomelli ove non è possibile sollevarla in pliche; rughe sulla fronte, rughe raggiate al labbro superiore e agli angoli della bocca; pigmentazioni minute, brune, sul dorso del naso e sulle guancie. Le labbra sono bianche e ruvide, e non mostrano quasi differenza dall'epidermide della faccia, così che, come riferisce la paziente, i movimenti della bocca sono in certo modo difficoltosi e la rima ne risulta notevolmente ristretta. Denti normalmente impiantati e sviluppati, ma gli incisivi inferiori e numerosi molari sono in preda ad avanzata carie. Gli ultimi due molari inferiori di sinistra, sani, sono mobili negli alveoli. Sopracciglia rarefatte, quasi assenti nel loro terzo esterno; capelli sottilissimi, scarsi e corti.

Nutrizione profondamente scaduta: pannicolo adiposo quasi scomparso, masse muscolari ipotrofiche e flaccide, cute pallida e delicata sul tronco. Si palpano pochi acicoli ghiandolari agli inguini.

Le mammelle sono atrofiche, con capezzoli piccolissimi; peli discretamente abbondanti alle ascelle e al pube. I genitali esterni sono quelli di una ragazza impubere, piccole labbra appena accennate, imene anulare. Non è consentita l'esplorazione dei genitali interni.

Mani piccole e scarne, con pelle ruvida e dita tozze; unghie, specialmente a sinistra, ridotte a una sottile striscia, a superficie irregolare ed opaca. L'anulare ed il mignolo della mano destra in permanente semiflessione, come nella malattia di Dupuytren; le ultime tre dita della mano sinistra anch'esse retratte, ma coperte da pelle ispessita, aderente alle ultime falangi, sede di formicolii e di trafitture spesso tormentose.

All'esame del torace, lieve asprezza di respiro con espirazione prolungata sull'apice di sinistra. La punta del cuore batte nel V spazio, poco all'interno della mammillare; non si palpa alcun fremito, aia di ottusità normale; si ascolta su tutti i focolai, alquanto più intensamente su quello della punta ma abbastanza nettamente anche all'ascella e al dorso, un ritmo a tre tempi, dovuto ad un tono aggiunto presistolico, scoccante e breve. Polso piccolo, ipoteso, frequente (da 75 a 85).

Fegato e milza nei limiti; è palpabile il polo inferiore del rene destro.

A carico del sistema nervoso non vi è che una certa esagerazione dei riflessi patellari: integre le sensibilità, alquanto midriatiche ma normalmente reagenti le pupille.

Spiccato il riflesso di Dagnini: la compressione dei bulbi oculari determina dopo pochi secondi rapida caduta della frequenza e della tensione del polso che diventa filiforme, con vivo senso di ambascia respiratoria. Assenza

di stria bianca dopo strisciamento sulla cute dell'addome; notevole, invece, e persistente il dermografismo rosso.

In entrambi gli occhi si rileva opacità del cristallino (cataratta nucleare), con conseguente notevolissima diminuzione del visus.

Le urine sono pallide, di basso peso specifico (1009) per grande scarsezza di sali, abbondanti (media giornaliera cc. 1900), senza alcun altro carattere chimico e microscopico degno di nota.

Esame del sangue. — Emazie 4.500.000, leucociti 7400, emoglobina (al Fleischl) 75, valore globulare 0,83. Formula: neutrofili 50, eosinofili 4, basofili 1, linfociti 25, monociti 20. Lieve anisocitosi. Reaz. Wassermann negativa.

All'esame dell'intelligenza non si notano disturbi della memoria; si rileva una grande lentezza nel concepire e formulare giudizi, nel rispondere alle domande; vi è spiccata tendenza alle idee pessimistiche e melanconiche ed a sentimenti egoistici. Nel carattere l'inferma mostra, accanto ad una grande apatia per cui si interessa scarsamente di quanto le accade intorno, una facile irascibilità con reazioni violente ad ogni piccola contrarietà.

L'esplorazione farmacologica del tono del simpatico dà i seguenti risultati. Dopo iniezione ipodermica di un milligr. di adrenalina si ha lieve accelerazione del polso (da 85 a 95), nessuna modificazione nel quadro ematologico e nei caratteri delle orine. Dilatazione pupillare appena apprezzabile si ottiene dopo instillazione di adrenalina nel sacco congiuntivale. Minimi sono del pari gli effetti di un milligr. di atropina iniettata sotto cute: leggera e fugace tachicardia, momentaneo senso di secchezza della bocca. Non è possibile praticare la prova della pilocarpina per l'opposizione dell'inferma e dei familiari.

L'ingestione di forti quantità di zucchero, prolungata per parecchi giorni, non determina presenza di glucosio nelle urine.

La complessa sintomatologia descritta è, senza dubbio, espressione di molteplici alterazioni di diversi organi endocrini, e non è certamente facile discernere nel groviglio delle manifestazioni cliniche i segni delle lesioni di ogni singola glandola. Si può tuttavia affermare che nel quadro del precoce e progressivo senilismo che riduce una ragazza sui vent'anni nelle condizioni fisiche e psichiche di una vecchia cadente, i disturbi della tiroide e delle glandole genitali assumono importanza predominante, per quanto oscurati e deformati dal contemporaneo patimento di altri apparati.

I caratteri della pelle, rugosa e secca, le alterazioni della capigliatura, la cefalea ricorrente, la notevole criestesia con la scarsezza della sudorazione, le modificazioni della psiche, e il risultato delle prove farmaco-dinamiche che rivelano, in sostanza, un basso tono del simpatico, sono tutti sintomi che depongono per un prevalente disturbo delle funzioni tiroidee.

Non v'è poi bisogno di mettere in ulteriore rilievo la profonda ipoplasia da cui sono colpite le glandole genitali, e il conseguente grave deficit delle loro funzioni; notevole è però nel caso nostro l'assenza di ogni alterazione a carico dei peli delle ascelle e del pube, secondo quello che alcuni AA. ebbero già ad osservare nelle sindromi da castrazione della donna, in cui è da supporre che il sistema pilifero sia alle dipendenze della corteccia delle capsule surrenali (Falta).

Quest'ultime glandole partecipano alla sindrome con l'ipotensione vasale, la grande astenia neuro-muscolare, le piccole ipercromie descritte sul viso; come non può escludersi un certo interessamento dell'ipofisi rivelato dalla elevata tolleranza per i carboidrati e dalla discreta poliuria, quantunque la patogenesi di quest'ultimo disturbo sia oggi più che mai in discussione.

Per quel che riguarda le alterazioni trofiche della cute, che raggiungono il grado di una vera e propria sclerodattilia e che servono a distaccare il caso in esame dalle altre sindromi pluriglandolari, noi non oseremmo attribuirle ad uno speciale disturbo di una determinata glandola, dinanzi alla grande disparità di vedute tuttora esistente intorno alla origine della sclerodermia. E' noto, infatti, che, per restare nel solo campo dell'endocrinologia, tutte le glandole furono a volta a volta accusate di produrre questa distrofia cutanea.

La cataratta fu osservata in soggetti giovani per prima in casi di insufficienza paratiroidea (tetania) e nel diabete pancreatico; nella nostra inferma si sviluppò quasi contemporaneamente agli altri sintomi a completare il quadro di quella senescenza di tutto l'organismo che è come la risultante delle diverse e convergenti lesioni glandolari.

Se ora volessimo domandarci quale organo sia stato primitivamente colpito, dovremmo subito riconoscere che sarebbe questa una ricerca quanto mai ardua, essendosi nella nostra inferma manifestati simultaneamente i differenti disturbi descritti; è più verosimile ammettere che il processo tossi-infettivo, di natura non meglio precisabile, abbia prodotto nello stesso tempo profonde e, forse, non riparabili lesioni in più di una glandola.

Quanto alla terapia, si sono subito somministrati estratti di tiroide e di ovario, a cui si sono associati in seguito quelli di ipofisi e di surrene totale. Questa cura, istituita precocemente, è rimasta fino ad oggi, dopo pa-

recchi mesi, senza risultati evidenti, all'infuori di una certa attenuazione di alcuni sintomi secondari; ma ha, presumibilmente, posto un freno all'ulteriore aggravarsi del quadro morboso.

Matera, dicembre 1922.

LAVORI CONSULTATI.

C. VON NOORDEN. *Ueber chlorose.* Medizinische Klinik, n. 1, 1910.
FALTA. *Le malattie delle glandole sanguigne.* Trad. it. Soc. edit. libr. Milano, 1914.
CASTELLINO E PENDE. *Patologia del simpatico.* Vallardi, Milano, 1915.
PENDE. *Endocrinologia.* II ediz. Vallardi, Milano, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

REPARTO UROLOGICO
del POLICLINICO G. B. MORGAGNI DI ROMA.

La prova della galattosuria nella insufficienza renale

del prof. EUGENIO PIRONDINI.

Al termine della Monografia sulla azoturia sperimentale (Roma 1917), concludevo insistendo che in ogni applicazione dell'esame della funzione renale non si può prescindere dall'intervento degli organi funzionalmente connessi al rene (*funzionalmente pararenali*).

Già in quella epoca era stato detto che nella uremia — spesso almeno — vi è una acidosi, e per quanto riguarda tali correlazioni affermavo terminando la Monografia: « L'anello di congiunzione fra uremia e probabile acidosi potrebbe essere appunto il fegato... Alla ricerca di tali problemi di estrema importanza scientifica e clinica si orienteranno le ricerche future ».

Funzione epatica e acidosi hanno intimi rapporti: vi sono acidosi di origine epatica e forse alterazioni epatiche prodotte dall'acidosi.

E come diretto corollario vi sono metodi di studio della funzione epatica che sono anche metodi per la ricerca dell'acidosi.

Purtroppo alcuni di questi metodi sono troppo complessi, altri troppo grossolani e di valore non sufficientemente stabilito.

Negli urinarii il campo di scelta si limita ancora più perchè in alcuni — per determinati periodi almeno — può essere impossibile raccogliere tutta l'urina delle 24 ore, e per altri la reazione, la presenza, il riconoscimento anche di determinati prodotti, possono essere profondamente turbati dalle così frequenti complicazioni infettive.

Infine, negli urinarii la stessa alterazione della permeabilità renale può modificare i risultati di non pochi metodi di esame della funzione epatica.

In questo primo tentativo di studio della funzione epatica negli urinarii scelsi *la prova della galattosuria provocata*, perchè ha un indiscutibile valore clinico, e perchè è semplice, e bene tollerata (assai più della levulosuria, che pure in qualche caso praticai).

E per la tecnica seguii quella più comune: reazione di Nyländer e in qualche caso dubbio ricerca della rotazione polarimetrica nella urina preliminare di controllo, (onde essere sicuri della assenza di una preesistente glicosuria); somministrazione alla mattina a digiuno di 40 gr. di galattosio in acqua di seltz; raccolta delle urine per 6-10 ore a volte frazionatamente; in queste urine ricerca della reazione di Nyländer e quasi sempre anche determinazione polarimetrica (polarimetro di Laurent con tubo di 50 cm.), dopo di avere dealbuminato, defecato e spiombato.

***

Risultati. — Praticai la prova della galattosuria complessivamente in 27 casi, 14 di ordine medico e 13 di ordine chirurgico, tutti esattamente studiati dal punto di vista della funzione renale, (determinazione della pressione col Pachon, azotemia, costante di Ambard, prova ftaleinica per via intravenosa; in molti degli infermi di ordine chirurgico, anche cateterismo degli ureteri).

Del gruppo degli *infermi d'ordine medico* fanno parte un caso, di calcolosi epatica, con supposta e poi esclusa nefropatia, uno di neurastenia urinaria e 12 di nefrite cronica.

a) Nei due primi casi la galattosuria fu negativa.

b) Sui 12 casi di nefrite cronica, in ben 8 la prova della galattosuria fu indubbiamente negativa. Eppure in tutti questi vi era uno stato di grave insufficienza renale; in due vi era pure retinite albuminurica; in un altro la galattosuria fu ripetutamente negativa anche in un periodo di uremia conclamata.

In due casi di nefrite d'antica data sopravvenuta in seguito a un morbo di Verlhoff la eliminazione galattosica si avvicinò ai grammi 0,80. Ma in uno si trattava di una giovanetta di piccola mole, in cui forse la dose abituale di galattosio potè essere eccessiva. Nell'altro si trattava di un grave nefritico (albuminuria intensa, ipostenuria, azotemia, abbassamento della eliminazione ftaleinica, ipertensione, retinite albuminurica).

In un caso la eliminazione risultò di grammi 1.40 (nefrite luetica senza ipertensione nè piccola uremia, e con sufficienza); nell'ultimo di tal gruppo fu di gr. 1.80 (nefrite di antica data con scarso reperto urinario, senza ipertensione, con eliminazione ftaleinica ancora buona, ma con qualche segno di piccola uremia).

In questo infermo, e anche in due altri (uno con grande insufficienza), la levulosuria provocata risultò negativa.

Del gruppo degli *infermi d'ordine chirurgico* fanno parte:

a) 3 prostatici in cui la galattosuria fu indubbiamente negativa; in uno era da poco scomparsa mediante la cistostomia uno stato di grave infezione urinosa e insufficienza renale; in un secondo si era prossimi al secondo tempo, e dopo un mese circa di cistostomia le condizioni prima gravissime — poichè trattavasi di un disteso vescicale — erano assai migliorate; il terzo fu ritenuto inoperabile per una grave insufficienza da nefrite probabilmente luetica; in questo anche la levulosuria fu negativa;

b) la eliminazione galattosica risultò di circa gr. 1.20 in un infermo di 74 anni, notevolmente deperito, con calcolosi vescicale, e in un secondo infermo di 76 anni con tumore vescicale inoperabile, da gran tempo ematurico, in condizioni generali pure scadutissime; in tale infermo la levulosuria fu negativa. In entrambi non vi era uno stato dimostrabile di insufficienza renale;

c) finalmente negli 8 casi di nefropatie chirurgiche, 4 con sufficienza, (sebbene in due la lesione fosse bilaterale), e 4 con lesione bilaterale e insufficienza grave, la prova della galattosuria fu sempre negativa.

Il massimo della eliminazione fu di grammi 0.90 in un infermo del primo gruppo; poi subito venne per intensità di eliminazione galattosica un infermo pure del prmo gruppo in cui si eliminarono gr. 0.55 appena.

È importante che dei 4 infermi del secondo gruppo, ben tre presentavano netti fenomeni uremici; in uno poi si trattava di pionefrosi sinistra e di grave nefrite luetica destra; in un altro di questi quattro infermi anche la levulosuria fu negativa.

* * *

Concludendo: *in genere, negli urinarii colla galattosuria provocata non si riuscirebbe a dimostrare una insufficienza della funzione del fegato, (almeno della glicogenetica).*

Infatti, anche considerando positive quelle galattosurie provocate in cui la eliminazione galattosica raggiunge almeno un grammo, ben poche se ne ritroverebbero nei casi suesposti, e senza netta predilezione nè pel tipo, nè per l'origine, (ad esempio luetica), della lesione renale, e neppure pel grado di insufficienza, forse solo con una certa predilezione per l'età avanzata, (infermo di calcolo vescicale e infermo di tumore vescicale).

Ma invece, considerando come Reiss e Jehn (Med. Klin., 1908, n. 30 e 31), positive solo quelle galattosurie provocate in cui la eliminazione galattosica raggiunge almeno 2 gr., *nessuna delle prove eseguite sarebbe positiva.*

Questi risultati sono assai diversi da quelli di Marian Franke, (Wiener Klin. Woch., 1913, pag. 1159), il quale in 9 di 14 nefritici ebbe la levulosuria positiva; a me anche questa prova fu sempre negativa.

Anzi mentre M. Franke ottenne la levulosuria positiva malgrado l'assenza di fenomeni uremici clinicamente evidenti. nelle mie prove *la galattosuria riuscì negativa, spesso malgrado stati uremici manifesti.*

Si potrebbe forse spiegare la discordanza dei risultati considerando che nei casi positivi di M. Franke vi era una *netta alterazione parenchimale* in senso stretto, mentre in quelli negativi, pur esistendo a volte questa stessa alterazione, vi dovevano essere anche lesioni connettivali e vasali.

Ora, in tutti i miei casi di nefrite, anche in quelli con albuminuria più cospicua, lesioni connettivali e vasali certamente vi erano.

E a questi tipi di lesioni sono riferibili non poche nefropatie secondarie al prostatismo, come pure, (in gran parte almeno), quelle chirurgiche bilaterali in cui da un lato vi è la nefropatia strettamente chirurgica e dall'altro una nefrite, (non una nefrosi), secondaria o accidentalmente coesistente.

Infine anche nei casi di lesione renale chirurgica strettamente bilaterale mancano in genere i segni clinici e urologici di grave lesione parenchimale in senso stretto, (quali la ipertensione e gli edemi, la grande albuminuria, l'intensa cilindruria).

Potrebbe sorgere anche il dubbio che l'esito negativo di tali prove fosse legato in parte alla diminuzione della permeabilità renale. È questo il punto debole dei metodi di eliminazione provocata nella insufficienza renale; però a me risultò negativa pure la levulosuria per la quale secondo Franke il fattore renale non sarebbe molto importante.

Sto ora sempre più convincendomi che nello studio dei rapporti fra funzione epatica, acidosi e uremia, sia più facile e più opportuno cominciare dall'acidosi determinata colla tensione carbonica nell'aria alveolare.

Su tal punto è d'imminente pubblicazione un contributo che tratta di una nuova tecnica facile e sicura, e dei primi risultati.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Sull'insufficenza cardiaca.

(J. HAY. *Brith. med. Journ.*, 11 novembre 1922).

Segni precoci sono un senso di stringimento al torace, e la brevità del respiro, durante non gravi fatiche; inoltre una digestione faticosa, che si accompagna ad eruttazioni e a senso di peso dietro lo sterno, nonchè sensazioni dolorose alla regione precordiale, alla spalla e al braccio sinistro, che si esacerbano con lo sforzo. Più tardi compaiono manifesti segni della stasi, e il polso alternante vero.

L'insufficienza delle tossinfezioni acute si giova del riposo e dell'eliminazione delle altre cause di disturbo circolatorio (meteorismo, idrotorace, ecc.) nonchè dei sieri specifici (difterite, polmonite tipo I).

L'insufficienza da miocardite o coronarie richiede limitazione dello sforzo ed eventualmente cura specifica (lues!).

Nell'insufficienza degl'ipertesi regolare la dieta e l'esercizio: la teobromina si dimostra utile; gl'ipotensori possono giovare occasionalmente, contro eccezionali ipertenzioni provocate da sforzi o dal dolore. Lo ioduro si dà spesso, ma senza un chiaro concetto terapeutico. Nei vizi valvolari giova il riposo, e la prolungata somministrazione di arsenicali e ferruginosi, onde compensare col numero e la qualità delle emazie la deficienza del circolo.

Nella fibrillazione, che è frequente, e bisogna conoscere, i digitalici sono rimedio sovrano. Nei casi gravissimi usare la strofantina intravene, negli altri casi i vari preparati di digitale, prima in forte dose, poi in dose appena sufficiente e mantenere il vantaggio.

Nella vera tachicardia parossistica (non nel flutter) giovano gli oppiacei. Nell'insufficienza cardiovascolare (tossinfezioni, shoc traumatico o postoperatorio) bisogna ovviare alla caduta della pressione per dilatazione dei capillari mercè fleboclisi adrenalinizzate, eventualmente addizionate di gomma arabica, 6 %. Nei casi di bradicardia e senso di mancamento (aumento del tono del vago) può giovare l'atropina.

L'A. nega efficacia alle iniezioni di stricnina, ed anche a quelle di olio canforato.

L'alcool giova nelle lipotimie, stimolando fugacemente il cuore in via riflessa per l'irritazione della mucosa orale.

I caffeici sono efficaci cardiocinetici, ma, specialmente la caffeina, generalmente non vanno dati verso sera per evitare l'insonnia. La teocina e la diuretina sono anche buoni diuretici, specie se uniti alla digitale. La teobromina presa per lungo tempo ha efficacia contro i dolori anginosi, anche per esperienza personale dell'A. L'adrenalina agisce sul cuore probabilmente elevando la pressione e dilatando le coronarie.

L'A. mette in guardia contro l'abitudine di ridurre eccessivamente l'attività di ogni cardiaco, ciò che conduce a una limitazione della forza di riserva: un esercizio moderato, intermittente, in liete condizioni di spirito, è spesso indicato.

DORIA.

L'emiplegia dei cardiaci.

(H. ROGER. *Paris Médical*, 1923, n. 2).

La emiplegia dei cardiaci ha caratteri clinici e patogenetici distinti a seconda che si verifica nei soggetti giovani o anziani.

Nei giovani cardiopazienti l'emiplegia è improvvisa e l'ictus è accompagnato o non da coma. Quando v'è coma si ha tendenza alle contratture, agli spasmi, all'epilessia jacksoniana; il volto è acceso, il polso non rallentato, lieve ipertermia.

Nei casi leggeri si ha solo vertigine senza perdita di coscienza. Talvolta la paralisi compare nel sonno.

Le embolie dei grossi vasi danno disturbi intellettuali (confusioni mentali, onirismo) di breve durata.

L'emiplegia non è mai completa nè totale, è localizzata prevalentemente a destra ed è accompagnata da disturbi della parola (afasia o disartria) e da disturbi sensitivi: dolori profondi degli arti, parestesie varie, raramente emianestesia completa, più frequentemente diminuzione o abolizione della sensibilità profonda, stereognostica, del senso delle attitudini e della discriminazione tattile. I riflessi cutanei e tendinei sono aboliti. Talvolta si trova il segno dell'alluce e quello soprangolo-mascellare consistente nella estensione-pronazione dell'arto superiore paralizzato e talora estensione dell'alluce in seguito alla pressione profonda della regione soprangolo-mascellare.

L'emiplegia regredisce lentamente o rapidamente e può anche scomparire senza lasciare disturbi apprezzabili. Quando il focolaio di rammollimento è esteso residuerà un'emiplegia spasmodica con riflessi esagerati, clono del piede, Babinski, riflessi di difesa, contrattura in estensione dell'arto inferiore ed in flessione dell'arto superiore, più spesso monoplegie del facciale inferiore o dell'arto superiore.

In quale caso si può avere emitotremore o emiatetosi post-emiplegico.

Anche i disturbi afasici retrocedono rapidamente. L'afasia nei giovani cardiaci può manifestarsi anche isolatamente e s'accompagna spesso ad aprassia. È sopratutto nei cardiaci che si può, a causa della limitazione della lesione, osservare i tipi più puri di afasia.

I disturbi sensitivi si attenuano contemporaneamente a quelli motori.

Lo psichismo è abitualmente indenne.

La prognosi *quoad functionem* è migliore che per le altre forme di emiplegia. Tuttavia bisogna tener presente: nei casi gravi con coma i decubiti, le complicazioni bronco-polmonari; la possibilità di recidive anche a distanza di anni; l'aggravamento frequente della lesione cardiaca, poichè l'embolia è sintomo della riacutizzazione endocarditica.

Le forme cliniche di emiplegia dipendenti da endocarditi acute o subacute differiscono sensibilmente da quelle in rapporto ad endocarditi croniche generalmente spente.

Nelle endocarditi infettive acute l'emiplegia è per lo più coperta da uno stato tifoso o piemico, di cui il coma emiplegico è talora l'episodio terminale.

Più interessante è l'emiplegia da endocardite maligna a forma lenta. Si tratta per lo più di antichi poliartritici con affezione mitralica ben compensata, i quali, spesso senza la comparsa di alcun nuovo segno cardiaco, presentano una febbre remittente di lunga durata, che fa pensare al tifo, alla malaria, alla melitense, all'anemia perniciosa, alla tubercolosi fino al momento nel quale embolie viscerali mettono sulla via della diagnosi giusta.

Le emiplegie dipendenti da endocardite maligna non sono sempre dovute a embolie di vasi di calibro più o meno grande; talora si tratta di embolie microbiche che si localizzano in una arteria cerebrale e vi determinano un focolaio d'arterite con rammollimento consecutivo, oppure di un piccolo aneurisma la cui rottura provoca l'emorragia cerebrale.

Nel gruppo delle emiplegie da endocardite acuta o subacuta si possono includere alcune forme emiplegiche che sopravvengono nel corso di malattie infettive. Queste infezioni possono dar luogo ad emiplegie permanenti o transitorie con diversi meccanismi: arterite acuta che provoca un rammollimento o una emorragia, reazione corticale consecutiva ad un focolaio meningeo, impregnazione tossica della corteccia, ascesso cerebrale.

La forma di emiplegia da endocardite acuta si manifesta prevalentemente in individui con età di 20 a 30 anni. Le embolie cerebrali provengono sopratutto dalla valvola mitrale. La stenosi mitralica può essere messa in prima linea, segue l'endocardite mitrale reumatica sia a forma di insufficienza, o di insufficienza e stenosi; l'origine aortica è rara, eccezione quella da malformazione congenita del cuore.

Le cause occasionali più frequenti sono: movimenti bruschi, sforzi anche leggeri, tosse, starnuto, emozione violenta.

L'emiplegia dei vecchi cardiopazienti si ha generalmente verso la quarantina e la cinquantina, quando nel corso di affezioni d'origine endo- o sclero-miocarditiche si produce iposistolia o asistolia. Durante questo periodo insieme alla insufficienza cardiaca, alla dispnea, agli edemi, all'ascite, talvolta nel periodo terminale, si ha l'emiplegia.

La sintomatologia è diversa da quella della forma dei giovani cardiaci, perchè l'embolo è generalmente più grande ed ostruisce la carotide interna o il tronco della silviana. Il coma è più frequente, di più lunga durata, con deviazione coniugata della testa e degli occhi, decubito acuto, stasi pulmonare: la morte è l'esito abituale.

Quando il malato sopravvive l'emiplegia rimane pronunziata e molto spastica. Non retrocede come nei giovani, sia perchè il soggetto si rieduca meno facilmente, sia perchè le lesioni arteriosclerotiche concomitanti impediscono la disgregazione del trombo e le supplenze vascolari. L'afasia con deficit intellettuale persiste e spesso fa parte del quadro l'emianopsia per concomitanti disturbi nel territorio della cerebrale posteriore. Talvolta i fenomeni di iposistolia migliorano perchè il paziente è costretto all'immobilità.

Talvolta si hanno forme transitorie, emiplegie, monoplegie che durano qualche giorno, qualche ora, qualche minuto e talvolta si ripetono. Queste forme possono dipendere da intossicazione, edemi transitori, piccole embolie cerebrali.

Il trattamento dell'emiplegia dei cardiaci non differisce da quello di altre forme. Quel che più importa è la sorveglianza delle condizioni cardiache. Nei vecchi cardiopazienti ipo- o asistolici converrà utilizzare i tonici ma a piccole dosi, per evitare che un trattamento troppo energico scateni una nuova embolia. Nei giovani cardiopazienti converrà ricorrere al salicilato se si tratta di forma reumatica. Nelle endocarditi acute oltre al trattamento antinfettivo generale si potrà tentare la vaccinoterapia.

Dr.

Aortite luetica.

(SCHITTENHELM. *Deutsche Med. Woch.*, 1922, n. 2).

I lavori del Doehle sull'affezione dell'aorta nei sifilitici degli anni 1885 e 1895, nei quali sono stabiliti i caratteri anatomici più importanti, costituirono il punto di partenza per la constatazione dell'importanza clinica dell'aortite.

Recentemente lo stesso A. e lo Juergensen, richiamarono l'attenzione su altri caratteri.

La sede di predilezione come è noto, è alla radice dell'aorta ed all'aorta discendente. Quivi vengono colpite anzitutto la media e l'avventizia le quali sono la sede principale dell'affezione. Si forma un tessuto gommoso di granulazione il quale rarefa le fibre elastiche e porta ad un notevole ispessimento della parete, oppure a strie di assottigliamento le quali si possono facilmente riconoscere macroscopicamente, se si tiene l'aorta contro luce: quando sono molto estese costituiscono la causa degli aneurismi. Come carattere importante dell'affezione luetica delle valvole aortiche, il Doehle riferì, oltre all'ispessimento ed al raggrinzimento dei margini liberi dell'aorta tra le valvole, solchi e docce più o meno larghe che non si hanno nelle alterazioni valvolari da altra causa. Il solco che macroscopicamente subito si rileva tra le valvole, si forma per ispessimento dei punti di inserzione in seguito a diffusione dell'infiammazione ad essi, per cui essi non si inseriscono più sull'aorta immediatamente vicini tra di loro come sottili cordoni, ma si applicano gli uni agli altri come grossi cercini, e forse anche perchè dalla parete dell'aorta una piccola quantità di tessuto proliferato si spinge tra i punti di inserzione, cosicchè ne deriva un apparente allontanamento di essi. Le alterazioni anatomiche spiegano in gran parte le manifestazioni cliniche. L'affezione è subdola e progressiva e, se la radice dell'aorta non è da principio colpita in alto grado, può decorrere in modo completamente asintomatico, finchè, talora bruscamente, manifestazioni morbose, le quali con spaventosa rapidità possono dare un quadro grave, rendono evidente l'affezione. È frequente quindi il decorso senza speciali disturbi, poi compare la mancanza del respiro negli sforzi, spesso facile stanchezza e diminuzione della capacità lavorativa, talora anche cardiopalmo. Vi possono essere sensazioni speciali retrosternali, come senso di peso, bruciore od anche lievi dolori. Possono aggiungersi manifestazioni anginose: è quindi opportuno attribuire grande importanza a tali lagnanze negli individui con anamnesi luetica ed esaminarli con molta accuratezza e completamente. I sintomi (Stadler, Romberg, Hoffmann, Schottmuller) dipendono molto dalla sede dell'affezione. Si possono accettare con lo Schottmuller una aortite sopracoronaria, una valvolare, una aneurismatica, benchè nel singolo caso le manifestazioni si sommano. Così una affezione luetica delle valvole aortiche nell'ulteriore decorso dà luogo quasi costantemente ad una partecipazione dei vasi coronari ed a conseguente *angina pectoris*, stenocardia, alterazioni miocardiche, e così pure un'affezione dell'aorta ascendente, per diffusione alle valvole aortiche, produce il quadro clinico dell'insufficienza aortica.

La diagnosi è naturalmente facile quando vi siano già manifestazioni da parte dell'apparato valvolare o delle coronarie. È difficile quando si tratta di un'aortite luetica senza notevole partecipazione della radice dell'aorta. Perchè si possa constatare una dilatazione dell'ombra vascolare, occorre che l'alterazione luetica abbia raggiunto un certo grado. Se questo esiste, spesso la relativa piccolezza del cuore sta in contrasto con la larga figura vascolare. All'ascoltazione il secondo tono aortico ha assunto un'altra tonalità spesso metallica, senza che vi sia spiccata accentuazione. Spesso si ode sull'aorta un soffio sistolico di varia intensità. La pressione sanguigna è talora un poco innalzata, per lo più si tiene nella norma.

Concorda l'A. col Romberg nel ritenere che nella mesoartrite sifilitica la pulsazione visibile e palpabile alla parete anteriore od al giugulo, non è molto frequente. Per la diagnosi è importante la precocità dei sintomi: in contrasto con la ateromasia, la prima comparsa dei fenomeni subiettivi ed obiettivi si ha fra i 35-50 anni.

L'arterio-sclerosi è di regola un processo a lento decorso, il quale soltanto in età avanzata porta a manifestazioni in cui la dilatazione dell'aorta non è di grado spiccato, risalta l'accentuazione del II tono aortico, mentre è rara la risonanza metallica, la pressione sanguigna è quasi costantemente aumentata, si palpa spesso una pulsazione al giugulo ed infine i disturbi subiettivi sono lievi. Ha importanza la Wassermann, ma una Wassermann negativa non costituisce una prova contro l'esistenza di un processo luetico. All'esame radiologico la dilatazione dell'aorta quale è determinata dalla distruzione delle fibre elastiche, dà spesso immagini tipiche, sia che l'affezione colpisca soltanto l'aorta ascendente oppure anche l'arco e la discendente. Quando

l'alterazione è estesa essa dà luogo nell'esame anteroposteriore, ad una notevole dilatazione, la quale in passato portò spesso erroneamente alla diagnosi di aneurisma: questo può essere escluso con l'esame in posizione obliqua prima e seconda. Occorre ricordare che l'arteriosclerosi può dare nei vecchi un reperto approssimativamente uguale a quello dell'aortite luetica: ciò si verifica in individui sopra i 70 anni, nei quali si trova colpita tanto l'aorta ascendente che l'arco e la discendente. Nella forma luetica la dilatazione può essere più localizzata. Nelle immagini radiologiche ha una parte notevole l'allungamento e l'innalzamento di essa aorta.

Come cura nella mesoartrite luetica, è utile una cura combinata di piccole dosi di salvarsan e di mercurio, da ripetersi più volte.

MONTELEONE.

Sull'ipertensione.

(H. ROLLESTON. *Lancet*, 1923, pag. 519).

La misura della pressione sanguigna non va ripetuta troppo spesso: però nelle persone che hanno oltrepassato i 40 anni è bene prenderla un paio di volte l'anno, onde scoprire un aumento di pressione prima dell'inizio delle alterazioni strutturali delle arterie, e regolare in conseguenza il metodo di vita, a fine di prevenirle. È meglio non informare il paziente della cifra esatta della pressione, risparmiandogli così future preoccupazioni. Lievi differenze tra una misurazione e l'altra sono prive d'importanza. La pressione arteriosa è un dato da considerare insieme con gli altri e non in senso assoluto: bisogna tener conto che esistono variazioni individuali e variazioni transitorie ed anche variazioni dipendenti dall'equazione personale dell'esaminatore. Differenze di 10 o 15 millimetri sono perciò prive di significato, sopratutto se le misure furono eseguite da persone diverse: non si deve tener conto di un'unica misurazione, fatta da altri, specie se fu eseguita in circostanze che potevano alterare la tranquillità del paziente.

È provato che le alterazioni della parete arteriosa, compresa la parziale calcificazione, non portano una differenza superiore a 10-15 mm. Hg. nella valutazione della pressione sanguigna. L'effetto della contrattura della tunica media delle arterie, e dei muscoli dell'arto, scompare con la compressione ripetuta del manicotto, la quale manovra non va mai omessa.

La pressione arteriosa normale va salendo gradatamente dalla nascita in poi. I limiti normali della pressione massima vanno compresi, secondo l'A., tra le cifre ottenute aggiungendo a 100 mm. Hg. il numero degli anni di età del paziente, e la metà di detto numero. Ad es. a 40 anni, la normale *Mx* è compresa tra 120 e 140. La pressione minima normale sarebbe uguale a tre quarti della massima nella media età, a metà circa della massima nell'età avanzata, per la diminuita elasticità vasale.

L'ipertensione è più frequente negli uomini che nelle donne. Spesso è dovuta a un fattore ereditario.

C. Allbutt ha stabilito che l'ipertensione spesso precede l'arteriosclerosi, che può allora chiamarsi « arteriosclerosi iperpietica ». Però l'arteriosclerosi non è sempre di questa natura, e può talora dipendere da agenti tossici o infettivi, ad es. la sifilide. Benchè l'arteriosclerosi non sia per se causa d'ipertensione, le due condizioni si trovano spesso associate.

Dal punto di vista etiologico bisogna distinguere due gruppi di ipertesi:

1) quelli nei quali ha preceduto una nefrite acuta, subacuta, o cronica;

2) quelli nei quali non ha preceduto nefrite.

Questa seconda forma di ipertensione viene detta essenziale, primaria, o benigna, od anche iperpiesi, secondo Cliffond Allbutt. Le sue cause sono poco note; si ammette l'eccesso di cibo carneo, i patemi, le alterazioni del ricambio, i disordini delle ghiandole a secrezione interna. Per la prognosi e pel trattamento è necessario distinguere le ipertensioni di origine renale: ciò non sempre è facile, ma soccorre l'esame quantitativo dell'azoto non proteico del sangue.

Le ultime conseguenze dell'ipertensione sono l'arteriosclerosi, l'emorragia o la trombosi cerebrale, la sclerosi renale e l'uremia. Il cuore ipertrofico può, dopo aver sostenuto per lungo tempo un'elevata pressione, divenire insufficiente: ciò si può generalmente evitare riconoscendo e curando in tempo l'ipertensione. In pratica è di essenziale importanza distinguere quando l'ipertensione è accompagnata da alterazioni delle arterie e quando non lo è. Se i vasi superficiali appaiono sani vi potrebbe essere un'arteriosclerosi cerebrale, coronaria o mesenterica; l'esame del fondo dell'occhio può mettere in evidenza le caratteristiche arterie a filo d'argento.

Si può trovare ipertensione in persone vigorose che non si lamentano di alcuna infermità. Külbs su 288 persone con *Mx* superiore a

170 trovò che circa il 20 per cento non presentavano alcun disturbo.

In certi casi l'ipertensione si può forse considerare un processo compensatorio, così come taluno considera l'arteriosclerosi, la quale dovrebbe impedire la dilatazione delle arterie nei tratti dove cede la tunica media. L'aumento di pressione accompagnandosi ad un aumento di velocità, viene a prodursi una maggiore irrigazione dei tessuti, ed una più efficiente eliminazione da parte degli emuntori. Negli individui grassi l'ipertensione non è rara e rimane spesso latente. [Nei grassi l'aumentato volume dei capillari richiede un maggiore afflusso di sangue, ed essendo le grosse e medie arterie rimaste dello stesso calibro, la loro portata non può crescere che aumentando la velocità, e quindi la pressione, del sangue che scorre in esse. *N. d. R.*].

L'ipertensione latente si rivela allo sfigmomanometro, e alla palpazione del polso: l'ipertensione permanente che dura da qualche tempo dà ipertrofia del cuore ed accentuazione del secondo tono aortico. Si è detto che l'oscillazione della gamba di un arto accavallato sull'altro, fenomeno frequente nell'insufficienza aortica, indica una *Mx* superiore a 160 (Molle), però non si può affermare in modo assoluto. Un importante segno di ipertensione, benchè dovuto a circostanze accidentali, come un angioma o un ulcera della cavità vasale, è l'epistassi.

Si può vivere a lungo con una *Mx* superiore a 200, ma le statistiche della Società di assicurazione mostrano che la mortalità degli individui che hanno oltre 160 di pressione massima è molto superiore alla media. Entro certi limiti l'aumento della pressione massima ha meno valore del rapporto tra pressione massima e minima. Un aumento relativo della pressione minima deve sempre destare preoccupazione, perchè spesso si associa a sclerosi renale, onde può preludere all'uremia o all'emorragia cerebrale. In questi casi giova la dieta opportuna e il trattamento con purganti. Una pressione sistolica elevata con una pressione diastolica relativamente bassa facilmente prelude ad un'insufficienza cardiaca: le restrizioni dietetiche giovano poco; la digitale suole giovare per qualche tempo. Una pressione che va progressivamente aumentando è di prognosi peggiore di una pressione stazionaria, ma un abbassamento improvviso deve far temere l'insufficienza cardiaca. Riguardo al pericolo di emorragia cerebrale è da notare che meno del 15 per cento dei pazienti con *Mx* superiore a 200 muore di questa complicazione, la quale può presentarsi anche in coloro la cui pressione non ha mai superato i 170 mm. Hg. La dispnea in pazienti con iperpiesi è indice che la malattia è più avanzata di quanto potrebbe altrimenti apparire.

Paralisi transitorie e lievi ictus sono di cattivo presagio, perchè è spesso difficile distinguere se dipendono da arteriosclerosi cerebrale e da piccole emorragie piuttosto che da semplice spasmo delle arterie cerebrali.

Riguardo alla terapia, dato che l'ipertensione è in dipendenza di una tossiemia o di altri disturbi organici, ed è fino a un certo punto un processo compensatore, non si deve semplicemente combattere coi vasodilatatori e coi deprimenti cardiaci. I vasodilatatori sono probabilmente utili nelle crisi ipertensive, ma le indicazioni essenziali per la terapia sono quelle causali: eccesso di cibi e di bevande, patemi, tossiemia. Bisogna ridurre i cibi e le bevande, ridurre la carne, proibire gli estratti di carne, il caffè e il the forte, concedere poco vino e diluito. Il riposo a letto fa diminuire la pressione, ed è utile nell'insufficienza cardiaca, ma la pressione risale col levarsi da letto a cifre generalmente superiori alle antiche. Un moderato esercizio fisico è utile agli ipertesi; può eventualmente essere sostituito dal massaggio. Le distrazioni, i viaggi, i divertimenti, sono giovevoli; talora sono utili piccole dosi di bromuro.

I purganti e gli antisettici intestinali possono giovare: il calomelano a piccole dosi ha qualche riputazione. La trinitrina ha effetto fugace, ma può giovare a conciliare il sonno: il nitrito di sodio, il tetranitrato di eritrolo, e ancor più il nitrato di mannitolo hanno un effetto più duraturo.

Ora si sa che lo digitale non aumenta la pressione, quindi si può dare tarnquillamente agli ipertesi quando è indicata.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

I. MACKENZIE. *Les Symptômes et leur interprétation.* Traduzione dall'inglese di Guillaume. — Prezzo Fr. 15. — Editore F. Alcan, Parigi.

Abbiamo già dato notizia di questo libro in occasione della pubblicazione delle varie edizioni originali inglesi e delle traduzioni francesi.

Questa in francese è la decima ristampa ed ha i medesimi pregi delle precedenti.

La importanza del libro non deve essere ulteriormente rilevata; la frequenza delle edizioni è al riguardo un indice abbastanza significativo.

dr.

M. GARNIER e V. DELAMARE. *Dictionnaire des termes techniques de médecine.* Un vol. in-24 di 640 pag., VIII. Ed. A. Maloine, Parigi, 1923. Prezzo Fr. 16.

Nell'incessante progresso della scienza nostra, i nomi nuovi o rimodernati aumentano ogni giorno e lo studioso si trova spesso arrestato nella lettura di opere scientifiche da nomi di sintomi, di malattie, ecc., che gli sono del tutto sconosciuti. In tali contingenze gli riuscirà molto utile il piccolo volume degli AA., che costituisce un catalogo esplicativo abbastanza completo e semplice di tutti i termini usati in medicina. Vi sono elencati i nomi delle malattie, delle operazioni chirurgiche, ostetriche, i sintomi clinici, le lesioni anatomiche, i termini di laboratorio, ecc.; la sua consultazione risparmierà molta fatica e renderà più agevole la lettura di opere mediche. Il volume è presentato da una bella prefazione di Roger, che dimostra le confusioni e gli errori che abbondano nella terminologia medica e la necessità che si addivenga ad una riforma razionale.

fil.

L'enseignement médical in Paris (Parigi, Masson e C., editori, 1922-23).

Da parecchi anni la Facoltà medica di Parigi pubblica con questo titolo un opuscolo, che contiene tutte le informazioni che possono interessare lo studente e qualsiasi medico intenda perfezionarsi in qualsiasi branca della medicina.

La struttura del volumetto s'è venuta perfezionando e le indicazioni sono numerose, precise, facili a ritrovarsi.

L'opuscolo, a scopo di propaganda, è molto diffuso, e messo poi anche in commercio a tenue prezzo.

Se si pone a riscontro questo mezzo di propaganda con quello che si pratica in Inghilterra, dove tutti i giornali di medicina dedicano un numero all'anno all'*Education*, si vede come presso tali nazioni è apprezzato l'insegnamento medico superiore e come le autorità s'industriano ad estendere l'influenza del proprio prestigio e del proprio valore.

Fare dei confronti con quanto avviene tra noi è impossibile... perchè non si fa nulla.

A. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 24 maggio 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, presidente.

Del Rinofima e della sua cura chirurgica.

CATTANEO L. — L'O. parla di un caso di rinofima che iniziatosi una diecina di anni or sono era andato sviluppandosi fino a dare ipertrofia della estremità del naso e due tumescenze peduncolate, della grossezza di uova di piccione alle pinne nasali. Tratta dell'eziologia, dell'anatomia patologica della formazione e del caso citato e operato, da preparati istologici fa diagnosi di forma mista ghiandolare-connettivale. Il trattamento seguito è stato fatto in due tempi: dapprima si è proceduto all'asportazione delle masse laterali, in seguito alla decorticazione dell'estremità e delle ali del naso mediante un rasoio. L'emorragia fu di poca entità. L'epidermizzazione fu rapida e non residuarono cicatrici nè depresse nè deformi.

Quale importanza devesi attribuire ai focolai settici dentali e peridentali dal punto di vista etiologico-patogenetico di alcune malattie di organi e sistemi della vita vegetativa e della vita di relazione.

PALAZZI S. — Considerato come le recenti conclusioni degli americani sulla così detta *oral sepsis* o sepsi d'origine orale siano in contrasto con le comuni nozioni di patologia, di batteriologia e di clinica, conducendo a criterii terapeutici che costituiscono un regresso dell'arte e della scienza odontologica, l'O., dopo aver esposto i termini generali della questione, passa alla critica dei punti fondamentali delle teorie americane. Esaminato il problema dal punto di vista batteriologico condanna le teorie dell'*oral sepsis*, combatte i criterii clinici (avanzati dagli americani), rifiuta l'analogia con focolai settici che gli americani tendono a stabilire tra denti e tonsille, dato il diverso comportamento di questi organi nei riguardi delle metastasi.

Soffermandosi sulla resistenza particolare alle infezioni che offrono le ossa mascellari, passa a discutere il criterio che attribuisce ad emboli settici il massimo numero di malattie, ricusa il nuovo concetto patogenetico dell'arteriosclerosi avanzato da Fischer e nega la frequenza di metastasi da focolai settici orali per subsepsis.

Conclude che le conoscenze sul ruolo patogenetico del focolaio settico orale non possono essere mutate dalle nuove teorie americane.

Ulteriore contributo allo studio della bradipnea spontanea e provocata, con presentazione di grafiche sino a cinque respiri per minuto.

Galli G. — L'O. presenta grafiche del respiro di un individuo con bradipnea spontanea e di quattro con bradipnea causata dalla caffeina e dalla atropina. Il minimo di respiro toccato è di cinque per minuto, senza che i soggetti avessero alcuna sensazione nel loro corpo o fosse possibile constatare segni obbiettivi di disturbata ossigenazione. L'O. fa diverse considerazioni patogenetiche sulla bradipnea e basandosi sulle proprie osservazioni conclude:

1° il centro del respiro può dissociarsi completamente dal centro cardiaco, sino ad esservi un minimo di 5 respiri per minuto;

2° il centro del respiro sta funzionalmente in rapporto coi centri della coscienza; quando questa è comunque distratta, insorge bradipnea con aritmia del polso a tipo giovanile;

3° varie sostanze possono provocare la bradipnea, come la digitale, la caffeina, l'atropina, e senza che il soggetto abbia alcuna sensazione di tale rarefazione del respiro.

Seduta del 1° giugno 1923.

Presidenza: Prof. A. Pasini, presidente.

L'operazione del Talma nei riguardi della funzionalità epatica.

Bruni G. — L'O. riferisce di avere rilevato in un caso di cirrosi atrofica di Laënnec, operato di omentopessi secondo Talma-Schiassi, scomparsa di ogni sintoma di stasi portale (ascite, edemi declivi, turbe gastroenteriche gravi) e del subittero, miglioramento spiccato nelle condizioni generali fisiche e psichiche; non solo, ma di avere anche constatato scomparsa quasi completa della urobilinuria e della insufficenza glicogenopoietica, d'altra parte sensibilissimo incremento della ureogenesi. Crede quindi giustificata l'idea che la omentofissazione sia valsa a risollevare la depressa efficenza funzionale del fegato ed avanza l'ipotesi che l'intervento in parola possa riuscire a questo effetto, in quanto viene a deviare dal parenchima epatico una parte almeno di quei prodotti tossici, che altrimenti gli perverrebbero dall'intestino. Fa notare che lo stato di benessere subbiettivo ed obbiettivo nel caso in questione permane invariato ad oltre tre mesi dall'atto operativo.

Un caso di tubercolosi della ghiandola parotide.

Bertoloni E. — L'O. comunica un caso rarissimo di infiammazione cronica, a carattere specifico, della ghiandola parotide di destra, che egli crede di poter interpretare come un processo tubercolare. Discussi gli elementi ezio-patogenetici, anatomo-patologici e clinico-sintomatici dell'affezione, specialmente in relazione alla diagnosi, riferisce il risultato in perfetta guarigione dell'atto operativo che comportò l'asportazione parziale della ghiandola, rispettando le diramazioni del nervo facciale.

Studi sulle reazioni immunitarie delle piante. Nota terza. (In collaborazione con C. Franca). *Esperienze col «Drosophyllum lusitanicum* Link».

Carbone D. — In due precedenti note pubblicate altrove, l'O. ha inquadrato il tema delle sue ricerche, che si limitano a stabilire: se le piante siano capaci di immunità *acquisita* attiva (della quale, in caso affermativo, occorrerà indagare il meccanismo), e se esse siano capaci di segregare anticorpi specifici analoghi a quelli degli animali (agglutinine, precipitine, ecc.).

Al secondo problema, la letteratura dà risposta dubbia o negativa, perchè i lavori a risultato positivo non sono al coperto da obiezioni.

Nella presente nota, l'O. dà conto dei risultati ottenuti con la digestione intracellulare asettica di emazie e batteri tifici ad opera della pianta carnivora *Drosophyllum lusitanicum* Link: risultati interamente negativi tanto per le emolisine (sia *in toto,* sia scisse nei componenti termolabili e termostabili), quanto per le agglutinine antitifo. Da questi risultati l'O. non ritiene possa inferirsi l'assenza di reazioni immunitarie nelle piante: potendo queste essere istogene, od umorali, ma diverse dalle zooimmunitarie, od analoghe a queste ma mascherate.

Sul comportamento delle piastrine in circolo durante la cosidetta «Emoclasia digestiva».

Cattoretti F. — L'O. ha studiato le variazioni numeriche delle piastrine in circolo durante la *Emoclasia digestiva* contemporaneamente con quelle dei globuli bianchi, ed ha trovato che alla leucopenia corrisponde costantemente una piastrinopenia. Però fra i due fenomeni esiste una netta dissociazione di tempo in quanto che la diminuzione dei globuli bianchi si fa repentinamente e con altrettanta rapidità scompare, mentre tanto la scomparsa che la ricomparsa delle piastrine avvengono in modo più lento e graduale. Lo stesso fatto si verifica nello shock proteinico e si può, quindi, ritenere che nella crisi emoclasica leucopenia e piastrinopenia sono due fenomeni fra di loro indipendenti.

A. Ceresoli.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 23 marzo 1923.

Sulla possibilità di una cura climatica del tracoma.

Prof. RUATA. — L'O. ha osservato che nel Cadore, regione immune dalla infezione tracomatosa, i casi importati, anche gravissimi, guariscono con grande facilità con la comune terapia.

Partendo da questa osservazione, che si augura venga controllata, l'O. pensa che, qualora questo fatto fosse ben stabilito, si avrebbe la prova che esistono delle zone non solo indenni dal tracoma, ma nelle quali l'agente patogeno troverebbe delle condizioni di ambiente così sfavorevoli, da permettere una vera cura climatica del tracoma, mediante stabilimenti nei quali dovrebbero essere accolti tutti quei casi provenienti dalle zone colpite, che resistono ostinatamente ad ogni cura, fino ad arrivare alle più disastrose conseguenze ed alla cecità.

La soluzione ossietiltriiodometano nella pertosse.

Prof. D. VERONESE. — L'O. ha avuto buoni risultati dall'uso dell'ossietiltriiodometano nella pertosse. Prendono parte alla discussione SALVIOLI che non è entusiasta di tale terapia e SABBATANI che chiede intorno al meccanismo d'azione. VERONESE crede che si tratti di azione sedativa sui centri.

Nuove ricerche sul centro vasomotore bulbare.

Prof. C. FOÀ. — Per sceverare l'azione che gli idrossilioni e gli idrogenioni esercitano sul centro vasomotore da quella che essi esercitano sulle pareti vasali, l'O., mentre registra le oscillazioni vasomotrici della curva emodinamica di un cane curarizzato e sottoposto alla insufflazione tracheale continua con ossigeno, registra pure le gocce che defluiscono dalla zampa dello stesso cane isolata dalla circolazione generale e sottoposta a circolazione artificiale con miscela di sangue e liquido di Ringer. Quando i vasi della zampa conservano una perfetta vitalità, si nota un assoluto parallelismo fra le oscillazioni della pressione arteriosa ed i mutamenti di frequenza delle gocce defluenti dall'arto, il che dimostra che gli stimoli centrali giungono ai vasi della zampa per le vie vasomotrici decorrenti col N. sciatico. Infatti se si recide il N. sciatico, il deflusso delle gocce diviene perfettamente omogeneo e regolare. Le modificazioni indotte nel ritmo e nella profondità delle onde vasomotrici dalla iniezione endovenosa di alcali o di sali acidi si ritrovano esattamente corrispondenti per ritmo e per durata ad analoghe vasocostrizioni e vasodilatazioni nei vasi della zampa «isolata» ai quali non giungono tuttavia le sostanze iniettate. È dunque alla loro azione sul centro vasomotore bulbare e non ad una azione diretta sulle pareti vasali, che si debbon riferire le modificazioni della curva emodinamica.

Cura degli avvelenamenti da piombo.

Dott. L. SCREMIN. — Nell'avvelenamento acuto, il solfato di sodio o di magnesio che si raccomanda da Orfila in poi, deve essere sostituito dal fosfato di sodio e di magnesio, che forma col sale di Pb introdotto un composto (fosfato di Pb) insolubile assai più del solfato. Nell'avvelenamento cronico, il joduro di K non può agire dal punto di vista chimico. Non si può pensare che esso formi un joduro di Pb a spese di altri composti di Pb salini che si trovano nell'organismo poichè questi sali saranno in massima parte carbonati e fosfati di Pb meno solubili del joduro di Pb. Ora non si può passare da un sale di Pb meno solubile ad uno più solubile.

Se ad un animale si iniettano sali di Pb e si dà per bocca del Jk anche in grandissima quantità non si riesce a trovare traccia di PbJ_2 nei punti ove il sale di Pb fu iniettato. Non si può quindi ammettere che il Jk agisca in qualche modo sui sali di piombo, e se mai l'azione benefica dei joduri esiste in quanto essi accelerano il ricambio.

Sulle così dette anafilassi da latte nella infanzia.

Prof. G. SALVIOLI. — Comunica le storie di due bambini che presentavano fenomeni di intolleranza a tipo anafilattico per il latte vaccino. La cuti e la intradermoreazione praticate con differenti latti non hanno potuto dimostrare in questi ed in altri bambini, stati di sensibilizzazione verso alcuno dei latti provati. Negativa per i due sieri è stata la ricerca delle precipitine per i latti di donna e di vacca. Non è stato possibile con detti sieri il trasporto dell'anafilassi passiva per il latte vaccino a cavie giovanissime. I due bambini non hanno reagito anafilatticamente all'iniezione di latte vaccino endomuscolare.

Tutte le prove fatte concordano nel far escludere nei due casi descritti uno stato di sensibilizzazione anafilattica. È da domandarsi quanti di quei casi di intolleranza per il latte vaccino descritti come da anafilassi, debbono realmente riportarsi ad anafilassi; e se non sia da tenersi in conto qualche componente inorganico del latte, quale ad esempio il potassio, la cui percentuale nel latte di vacca è notevole, e che dimostra azione spiccatamente demineralizzante.

G. CEVOLOTTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA NERVOSO.

Sulla diagnosi differenziale delle neuriti.

Le mononeuriti, osserva G. Wilson (*Journ. A. M. A.*, 19 maggio 1923) sono rare e colpiscono generalmente un nervo motore (facciale), più di rado un nervo misto (ulnare, mediano, sciatico). Le neuriti dei nervi di moto non sono dolorose, lo sono quelle dei nervi di senso o misti. Però non ogni dolore è dovuto a neurite. In presenza di un dolore localizzato è di obbligo ricercare la lesione dal midollo verso la periferia.

Riguardo al midollo e alle radici, si penserà, in ordine di frequenza, alla sifilide, a malattie delle vertebre, allo zoster, ad un tumore spinale, nonchè a tumori, compresi gli aneurismi, che crescono presso il canale vertebrale. La sifilide produce di solito una lieve meningite (tabes, meningomielite). Il dolore dello zoster può persistere per mesi dopo la scomparsa dell'eruzione. Il dolore da irritazione delle radici si accentua con la tosse e lo starnuto, ciò che può far pensare ad una pleurite, che può magari anche coesistere. Nella neurite radicolare di qualche entità si ha il fenomeno dell'anestesia dolorosa, però non è rara una certa dolorabilità al tatto sulla zona dolorosa.

Salvo i casi evidenti di neurite del mediano, dell'ulnare, o dello sciatico, è raro che un dolore in un arto dipenda da neurite: pensare ad un'artrite, o ad una malattia dei vasi, quando si è esclusa una lesione delle radici. I dolori articolari portano ad una rapida atrofia muscolare: i riflessi sono spesso aumentati al contrario che nella neurite. Quest'atrofia muscolare non si accompagna a tumori fibrillari nè a reazione degenerativa.

Nelle alterazioni dei vasi una neurite può insorgere secondariamente all'insufficiente nutrizione.

La polineurite mista, più comune, quella di moto o di senso, possono seguire a varie malattie infettive, all'intossicazione alcoolica, ecc.: il quadro è simile alla pseudotabes da alterazioni midollari dell'anemia grave.

È molto raro che in una polineurite vada perduto il senso di posizione e la pallestesia senza grave interessamento delle altre forme di sensibilità. In tal caso è possibile che siano lesi i cordoni posteriori, eventualmente insieme coi nervi periferici. Esclusa una tabes, e un'anemia grave (esame del sangue, del succo gastrico) bisogna pensare ad una polineurite.

L'A. ne riferisce due casi, consecutivi ad influenza.

DORIA.

La paralisi facciale a frigore.

È forse la più frequente delle paralisi di origine periferica; la deviazione della bocca, l'impossibilità di fischiare, la scomparsa delle pieghe e delle rughe, il lagoftalmo che dopo un certo tempo può portare la congiuntivite, la cheratite, l'epifora permettono una diagnosi rapida. Esistono però altre paralisi, che occorre distinguere da questa; quelle di origine centrale non colpiscono che il facciale inferiore, sicchè le palpebre e la fronte conservano la loro mobilità; i sintomi variano poi secondo la localizzazione della lesione.

Nella paralisi a frigore tutti i muscoli della faccia sono presi, soggiacciono rapidamente all'atrofia e presentano presto la reazione di degenerazione. La ricerca di questa è facile alla faccia purchè si disponga di una macchina galvanica con milliamperometro ed invertitore della corrente; la reazione in seguito all'eccitazione del nervo, con punto motore davanti al trago, è molto diminuita, talvolta abolita per le due correnti. Per ricercare l'inversione della formola, si mette un elettrode largo al dorso e si eccitano i muscoli di cui alla faccia si trovano facilmente i punti motori; nel normale e nelle paralisi con lesione al disotto del bulbo, la reazione muscolare è ottenuta dapprima alla chiusura della corrente, con il polo negativo al punto motore; in seguito, aumentando l'amperaggio la reazione si ha alla chiusura del polo positivo, poi all'apertura di questo, poi all'apertura del negativo, tutte ricerche le quali si compiono con l'inversione della corrente.

È indispensabile il trattamento elettrico; Alexander (*Le Scalpel*, 5 maggio 1923) consiglia di praticare ogni due giorni la galvanizzazione (qualche eccitazione ad ogni punto motore con elettricità negativa) e la faradizzazione della regione preauricolare parotidea e dei muscoli, scegliendo un interruttore lento ad una o due interruzioni per secondo. Per via interna si darà il salicilato di sodio (otto grammi al giorno nell'adulto) o lo joduro (tre grammi al giorno) a meno che non vi sia intolleranza; nelle forme sifilitiche si intensificherà il trattamento specifico.

A. Z.

Il trattamento delle paralisi difteriche.

La difterite può complicarsi con paralisi precoci o tardive che si iniziano al velo palatino e possono nei casi generalizzarsi. Quelle precoci che si verificano nella prima settimana, in rapporto con una tossiinfezione in piena attività, esigono una sieroterapia massiva per via endomuscolare ed anche endovenosa nei casi gravissimi. Le paralisi tardive si manifestano una quindicina di giorni dopo la guarigione della lesione rino-faringea e vengono considerate da alcuni autori come un reliquato dell'infezione difterica inattaccabile dalla sieroterapia. Secondo J. Comby invece (*La Presse médicale*, 6 giugno 1923) la sieroterapia bene applicata può aver ragione di entrambe le forme.

Ai primi sintomi di paralisi velo-palatina, come voce nasale, reflusso di liquidi dal naso durante la deglutizione, si praticherà l'iniezione di venti cmc. di siero, continuando fino a 3-6 giorni fino a retrocessione della paralisi; si alterneranno le iniezioni sottocutanee con le endomuscolari, senza timore di anafilassi. Si avrà inoltre cura di alimentare bene il malato con pappe, *puree*, formaggi freschi, conserve di frutta, alimenti più tollerati di quelli liquidi; in caso di intolleranza si introdurrà nello stomaco, mediante una Nélaton n. 20-24, una miscela di 100-150 grammi di latte con rosso d'uovo; eventualmente si procederà a clisteri nutritivi con latte tiepido (g. 100), peptone (g. 5), un rosso d'uovo ed un pizzico di sale; da ripetersi 3-4 volte nelle 24 ore. In caso di sincope o di arresto della respirazione, praticare la respirazione artificiale o le trazioni ritmiche della lingua.

Dal punto di vista profilattico, non esitare in presenza di una difterte conclamata ad usare dosi di siero tanto più forti quanto più grave è il caso o più tardivamente trattato, usando anche 40-100 cmc. di siero.

fil.

Il solfato di magnesio nella terapia della corea.

A. De Capite (*La Pediatria*, 15 maggio 1923), ha sperimentato in diversi casi di corea le iniezioni endorachidee di solfato di magnesio, introdotte dal Marinesco; ha usato una soluzione al 25 %, praticando le iniezioni a giorni alterni ed introducendo da uno a due cmc, per volta. I risultati sono stati lusinghieri e scevri da ogni preoccupante reazione che potesse limitare od interrompere la cura; prima di ogni iniezione, veniva estratta una quantità uguale od anche maggiore di liquido cefalorachidiano, a seconda che la pressione era più o meno aumentata; l'A. ha avuto anche cura, oltre che di usare le piccole dosi accennate, di praticare l'iniezione con lentezza, ciò che spiega l'assenza di reazioni e di inconvenienti lamentati da altri autori. Gli effetti benefici si sono ottenuti in un caso con un'iniezione, in altri con 5-7.

L'A. ha anche tentato con successo la via endomuscolare, mediante la quale il rimedio è assorbito lentamente dall'organismo e si evita così il contatto diretto sul sistema nervoso che viene sottratto all'azione deprimente del farmaco. Anche con questo metodo i risultati sono stati buoni, ottenendosi la scomparsa dei movimenti coreici mediante un massimo di nove iniezioni, praticate a giorni alterni. Quest'ultimo modo di introduzione del medicamento, per il suo effetto sicuro ed innocuo, deve ritenersi preferibile; è opportuno però prima di iniziare la cura di estrarre alcuni cmc. di liquido cefalo-rachidiano, allo scopo di diminuire la pressione intraventricolare, che costituisce una condizione favorevole all'eccitazione dei centri nervosi.

fil.

La cura arsenicale della corea.

L'efficacia dell'arsenico nella corea del Sydenham può essere raggiunta solo se tale medicamento viene dato in dosi sufficienti; si consiglia di solito il Liquore di Boudin (soluzione di acido arsenioso a 1 ‰), somministrandone al principio cinque grammi (pari a 5 mg.) ed aumentando ogni giorno fino a raggiungere la dose massima di 35 mg. e scendendo poi progressivamente fino a zero. Questa cura ha però l'inconveniente di richiedere l'immobilità dell'infermo, inoltre è necessario che il rimedio venga preso nel latte allo scopo di evitare nausee, vomiti, diarree. Weill (*Journal de médecine de Lyon*, 20 febbr. 1923) consiglia di incorporare l'acido arsenioso con il burro, somministrandone progressivamente da cinque a quaranta milligrammi e ritornando poi a zero. Il burro arsenicale si prende a metà od alla fine dei pasti e non esige un regime particolare, non dà inconvenienti e permette che l'ammalato continui nelle proprie occupazioni.

A. Z.

Il trattamento dell'enuresi notturna con la termopenetrazione.

I. von Buden (*Zentralblatt f. Gynäkol.*, 14 aprile 1923), in considerazione dei miglioramenti ottenuti con la termopenetrazione in

donne con incontinenza di urina dovuta a debolezza dello sfintere interno, ha trattato con questo metodo dodici casi di enuresi, ottenendo nella maggior parte notevoli miglioramenti. L'applicazione può essere extra- od endovescicale; per la prima si mette un elettrodo in vagina ed una placca di piombo, della grandezza di una palma di mano, sulla sinfisi; spesso basta questo metodo per portare la guarigione. Per il metodo endovescicale, si riempie la vescica con soluzione fisiologica per mezzo di un catetere metallico isolato e munito di un turacciolo; quando la vescica è piena, si chiude il catetere e si fa passare la corrente fra l'elettrodo e la piastra metallica sulla sinfisi. In tal modo si dà a tutta la vescica un intenso calore, che agisce non solo sui tessuti superficiali, ma anche su quelli profondi e sulle terminazioni dei nervi trofici. Il trattamento si pratica tre volte la settimana e si continua per uno o due mesi.

A. Z.

SEMEIOTICA.

Sulla reazione del piramidone per la dimostrazione di emorragie occulte.

La prova della benzidina (specialmente quella modificata da Boas) è il metodo più sicuro e più semplice per dimostrare la presenza di sangue nelle feci. Non c'è ragione di volerla sostituire con altre prove. La prova del piramidone non è sicura nella forma indicata da Thèvenon e Rolland, l'estrazione delle feci con acqua determina una colorazione del substrato che può nascondere una debole colorazione lilla. Questo inconveniente è stato eliminato dall'autore che ha modificato la tecnica della prova: una quantità di feci grande come una nocciola viene pestata nel mortaio con acetone, poi messa su una carta da filtro e ancora lavata con acetone: con una spatola si spreme su carta da filtro l'acetone rimasto sulle feci, di cui si mescola bene in una provetta una quantità grande quanto un fagiolo con dell'acido acetico glaciale.

Sull'acido acetico, filtrato, si stratificano 10-15 gocce di soluzione di piramidone al 0.5 %. Al disopra dell'anello biancastro al punto di contatto dei due liquidi si forma un anello lilla se nelle feci c'era del sangue. Così modificata, la prova è buona quanto quella della benzidina.

(F. HIRSCHBERG. *D. Med. Wochenschr.*, n. 13, 1923).

POL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Profilassi e cura dell'oftalmoblenorrea dei neonati. — Al dott. E. L., abb. n. 3622:

Prima di usare la profilassi nel dubbio di una congiuntivite blenorragica, la cosa migliore è quella di assicurarsi con un preparato microscopico se la secrezione vaginale della partoriente contenga o no gonococchi. In caso affermativo si consiglia di *lavare gli occhi subito* al neonato con soluzione fisiologica oppure con soluzione di permanganato potassico all'*uno* per cinquemila; ripetere questi lavaggi ogni 3 o 4 ore ed instillare, dopo, 1-2 goccie di protargolo al 3 %. Se ciononostante si sviluppa la congiuntivite purulenta con molta secrezione allora conviene fare pennellature di argento al 2 % rovesciando le palpebre in modo che la cornea sia protetta e subito dopo fare un lavaggio abbondante con acqua salata: le pennellature devono essere fatte mattina e sera. Negli intervalli ogni ora lavaggi con soluzione di permanganato (1-5000) ed instillare ogni 3 ore di giorno e di notte 1-2 goccie di protargolo al 3 %. Nei casi dubbi, o quando non si possa fare l'esame microscopico instillare il protargolo al 3 %. Se si sviluppa la congiuntivite purulenta usare il trattamento già indicato.

G. PUCCIONI.

Nella congiuntivite primaverile. — Al dott. M. G., abb. n. 9738:

Per la congiuntivite primaverile non c'è una cura specifica, non conoscendosi ancora la patogenesi. Instillare ogni 3 ore un collirio di cocaina al 2 %, aggiungendo 5 goccie di adrenalina al millesimo in 10 grammi di acqua distillata bollita. Alla sera instillare una goccia di glicerina pura (10 gr.) aggiungendo 5 centg. di acido tannico puro. Fare cura interna con arsenico e mandare i malati in montagna, non al mare dove peggiorano.

G. PUCCIONI.

La reazione di Dold. — All'abb. n. 9054-4:

La reazione di Dold non è che la prima fase della reazione di Sachs-Georgi. Invece di tenere conto della flocculazione che si manifesta, durante la permanenza in stufa a 37° C. per 24-48 ore, quando si mescola un siero luetico con l'estratto alcoolico di cuore di bue colesterinizzato, nella Dold si dà importanza all'intorbidamento (Trübungsreaktion), che compare dopo poche ore.

A 2 cmc. dell'antigene suddetto, diluito 1 : 11 in soluzione fisiologica, si aggiungono cmc. 0.40 del siero in esame inattivato a 56° C. per 30'; in altre provette si fanno i controlli con un siero che precedentemente ha dato risulta-

to positivo e con un altro che si sia comportato in modo negativo; poi si allestiscono anche un controllo del siero: siero 0.40 + alcool 1:11 cmc. 2; un controllo dell'antigene: antigene 1:11 cmc.2 + soluzione fisiologica 0.40.

Agitare leggermente, tenere in stufa per 4 ore (oppure 2 ore a 37°, 2 ore a temp. amb.). La reazione si considera positiva se, a controlli perfetti, si osserva un intorbidamento nella mescolanza siero in esame più antigene.

L'aggiunta di poche gocce di formalina sarebbe utile impedendo le precipitazioni non specifiche.

La reazione è di facile tecnica è dà risposta sollecita. Però può essere fatta solo con sieri limpidi, non con quelli biliari, laccati, itterici; è talvolta di difficile lettura se l'intorbidamento è poco spiccato, se anche i controlli sono un po' torbidi, se i sieri di controllo, positivo e negativo, non si comportano in modo perfetto; non è sempre concordante con i risultati della Wassermann e della Sachs-Georgi.

G. SAMPIETRO.

Anestesie della polpa dentale. — Al dott. C. d. P., Celano:

Per le anestesie della polpa dentale e delle gengive esistono in commercio fialette sterilizzate di novocaina e adrenalina.

Una buona formula è pure la seguente:
Novocaina, ctg. 8.
Bicarbonato di sodio, milligr. 18.
Cloruro di sodio, milligr. 16.
Per una fiala di 2 cmc. di acqua distillata e sterilizzata.

Nelle estrazioni dentarie si faranno iniezioni pericoronali e periradicolari con effetto sicuro quando è assente la flogosi del pericemento.

A. PIPERNO.

Impiego delle stomosine. — All'abb. n. 5313:

Le stomosine sono efficaci in taluni stati infettivi determinando uno choc proteinico che ha certamente un meccanismo di azione dissimile da quello dell'immunità umorale.

Le proteine batteriche ed i loro prodotti di degradazione, almeno fino a un certo limite, sono scarsamente anafilattogeni.

Consiglio al collega la lettura del Trattato sull'Immunità del Centanni, dove largamente sono trattate le questioni su questo argomento, non riassumibili.

g. s.

VARIA.

L'elogio della vecchiaia.

È stato il tema scelto dal sen. Bianchi per la sua ultima lezione tenuta il 14 giugno presso l'Ateneo napoletano e della quale demmo già notizia.

L'oratore disse che, alla luce della odierna biologia, la vecchiaia e la morte sono funzioni della specie, e che la vecchiaia è stata acquisita nel corso dello sviluppo attraverso le età geologiche.

Accennò alle consuetudini di alcuni popoli fra i quali, per abitudine e per consentimento della legge, i vecchi si suicidavano a sessant'anni, perchè si presumeva che non potessero più servire la collettività.

Le indagini statistiche tendono a stabilire che i più forti lavoratori del pensiero sono vissuti in proporzione più a lungo. Dopo aver riportato alcune statistiche, rilevò che nessuna legge fissa i termini della decadenza mentale, ed a tal fine riportò molti esempi fra i quali giova ricordare fra gli antichi Fabio, Massimissa, Augusto, fra i più recenti Hobes che visse 92 anni e scrisse 42 opere, Michelangelo che produsse fino all'età di 90 anni, Kant che visse quasi un secolo, diffondendo il suo pensiero e la sua gloria nel mondo; ricordò fra gli uomini politici, per averli direttamente conosciuti, Zanardelli, Luzzatti, Crispi e Giolitti, accennando alle principali ed alte qualità mentali di questi grandi; ricordò la musica lirica del «Falstaff», creata da Verdi a poco meno di 80 anni, ed in ultimo la mentalità forte di Antonio Cardarelli. A questo punto del discorso dell'on. Bianchi tutti si levarono in piedi, plaudendo al venerando Maestro, che presenziava la cerimonia.

Continuando, l'oratore rievocò molti giovani geniali, alcuni dei quali morirono relativamente presto, come Biagio Pascal.

Disse poi, in una rapida rassegna, che tutti i lavori numerosissimi su ricerche fatti su cervelli di vecchi riguardano la demenza senile la quale purtroppo spesso è precoce ed anche precocissima.

Fece un quadro della giovinezza generosa nei riguardi della vecchiezza prudente ed inibitrice.

La vita del paese, disse, risulta dall'integramento delle qualità della giovinezza con quelle della vecchiezza bene conservata. E concluse ammonendo i giovani che la vecchiezza alacre ed efficace nel mondo si prepara nei freschi anni della vita e nella giovinezza, e disse agli studenti che non si illudessero intorno alle recenti ricerche sul ringiovanimento. Il sogno di Goethe sarà eterno quanto la vita per i vecchi decaduti.

Terminò augurando ai giovani che hanno tanto contribuito nella ultima grande guerra a fare più grande e rispettata la Patria, che conservino per la maturità e la vecchiezza alacre, le grandi e feconde energie della razza che occorrono perchè la civiltà italiana emuli quella civiltà degli altri paesi.

La magnifica ed elevata lezione fu coronata da applausi.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Nuove disposizioni circa il limite di età per l'ammissione ai concorsi al posto di ufficiale sanitario.

L'art. 75, n. 2, del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, dispone che, per l'ammissione al concorso al posto di ufficiale sanitario comunale, occorre provare di non superare l'età di anni 45 alla data della pubblicazione dell'avviso del concorso.

Con Decreto Reale 17 *giugno* 1923, *n.* 1437, *pubblicato nella* Gazzetta Ufficiale *del* 12 *luglio, n.* 163, *al n.* 2 *dell'art.* 75, *è stata aggiunto il seguente comma:*

«*Sono esentati dal predetto limite di età coloro:* a) *che, alla data del bando di concorso prestino servizio in un Comune o Consorzio, nella qualità di ufficiale sanitario, con nomina* biennale *o* definitiva *o di impiegato di* ruolo *presso Uffici di igiene o presso reparti medico-micrografici di laboratori di vigilanza igienica;*

b) *che, alla data del bando di concorso, abbiano prestato almeno tre anni di ininterrotto servizio, in uno stesso Comune o Consorzio, nella qualità di ufficiale sanitario, a seguito di regolare nomina prefettizia, anche provvisoria*».

Nuovi uffici sanitari.

Presso il Ministero della Pubblica Istruzione funziona un ufficio centrale per la igiene scolastica, al quale fanno capo analoghi uffici regionali presso il Provveditore agli studi della regione.

***

Il foglio d'ordine della *Milizia volontaria per la sicurezza nazionale*, pubblicato in questi giorni, contiene norme per l'ordinamento del servizio sanitario della Milizia.

Presso il Comando generale è istituita una *Direzione generale di sanità*, retta da un Console generale medico. Presso ogni Comando di Zona funziona una *Direzione di sanità di zona*, retta da un Console medico, il quale ha alla sua dipendenza una *Sezione leggera di sanità* su due reparti al comando di un Seniore medico. I reparti sono retti da un centurione.

Presso ogni Legione è istituito un *Ufficio di sanità di Legione*, retto da un centurione medico.

Ogni Coorte ha un ufficiale medico col grado di capo-manipolo.

Per la riforma della legge sugli ordini dei sanitari.

Le Federazioni degli Ordini dei medici, dei veterinari e dei farmacisti hanno redatto uno schema di progetto per gli Ordini dei sanitari.

Segnaliamo alcune delle più notevoli disposizioni nuove o modificatrici di quelle attuali.

« ART. 1. — In ogni provincia sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurgi, dei veterinari e dei farmacisti residenti nella provincia e inscritti negli albi corrispondenti. Si ritengono come residenti nella provincia i Sanitari che vi esercitano per la maggior parte dell'anno. All'albo dei medici-chirurgi sono annessi due elenchi, l'uno delle ostetriche, costituite in collegio, l'altro transitorio dei chirurgi dentisti abilitati.

All'albo dei farmacisti sono pure transitoriamente annessi due elenchi, uno degli assistenti abilitati in base all'art. 31 della legge 27 maggio 1913, n. 468, l'altro degli assistenti muniti di solo patentino. Ove il numero degli inscritti in un albo non arrivi a quindici l'albo stesso sarà riunito a quello della provincia finitima che sarà indicata dal Consiglio superiore di sanità».

(L'art. 2 dovrà essere riveduto sia nella parte che riguarda gli stranieri — la quale non è coordinata alle ultime disposizioni — sia in quella che disciplina gli effetti e le conseguenze delle condanne penali: materia delicatissima, per la quale lo schema stesso contiene la riserva del parere di un legale).

« ART. 3. — L'inscrizione in un albo e negli elenchi è richiesta come condizione necessaria per l'esercizio nel Regno e nelle sue colonie e protettorati di ogni forma di attività professionale che richieda per la sua esplicazione il diploma professionale. Sono esclusi i funzionari statali ai quali sia fatto il divieto del libero esercizio.

Anche per le ostetriche, gli odontoiatri ed i farmacisti assistenti è richiesta la inscrizione negli elenchi pel rispettivo esercizio.

Le controversie che possono insorgere tra sanitari e pubbliche amministrazioni sono soggette alla decisione di una Commissione arbitrale composta di due rappresentanti dell'amministrazione e due del Consiglio dell'Ordine, presieduta da un magistrato delegato dal Presidente del Tribunale».

Gli art. 4, 5, 6, 7 e 8 riguardano norme di procedimento.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

L'art. 8 aggiunge alle attribuzioni dell'Ordine quella di « tariffare le parcelle e le perizie su richiesta dell'autorità giudiziaria, degli enti pubblici o privati, degli iscritti e dei loro clienti »; di interporsi se richiesto nelle controversie fra sanitario e pubbliche amministrazioni, per ragioni di spesa, onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, emettendo parere come arbitro amichevole compositore.

***

Ci limitiamo a dare questa sintetica notizia perchè si tratta di un primo schema, che dovrà essere considerato e *riveduto* al fine di una formulazione definitiva.

Una riforma è senza dubbio necessaria, specialmente per rafforzare gli Ordini attribuendo ad essi maggiore efficienza pratica. Ammesso il concetto-base del riconoscimento e dell'ordinamento giuridico delle varie categorie dei sanitari è necessario che l'*ente* sia un organo efficiente ed operante.

Questa nota ha scopo strettamente informativo; quindi, non aggiungiamo ora altre osservazioni.

QUESTIONI PRATICHE.

XLVII. — Esercizio abusivo di professione sanitaria.

Nessuno può esercitare la professione di medico chirurgo, veterinario, farmacista, ecc., se non sia maggiore di età e non abbia conseguito la laurea o il diploma di abilitazione.

L'art. 53 del testo unico delle Leggi sanitarie 1° agosto 1907 punisce l'esercizio *abusivo* con la *pena pecuniaria* non inferiore a L. 100.

La Corte di Cassazione ritiene che il divieto dell'esercizio sia « diretto ad evitare un pericolo per la salute pubblica e non già a reprimere una lesione di diritto » e che « la finalità principale della disposizione in esame sia quella di tutelare la salute pubblica in genere, anche se l'esercizio abusivo dell'arte sanitaria possa turbare gli interessi privati professionali » e, posta questa finalità, la Corte di Cassazione considera semplice *contravvenzione* e non delitto l'esercizio abusivo. La risoluzione ha importanza sia per la misura della pena, che è *l'ammenda* da L. 100 sino al massimo di L. 2000, sia agli effetti della prescrizione dell'azione penale che si verifica in due anni se all'imputato si sarebbe dovuto infliggere la pena dell'ammenda superiore a L. 300 o di sei mesi nel caso di pena inferiore.

Questa risoluzione ha confermato la Corte di Cassazione con sentenza 22 dicembre 1922, che ha annullato la pronuncia contraria del Tribunale di Cremona 15 novembre 1922, nella causa Giorgi, dichiarando prescritta l'azione penale per il decorso di due anni e con altra sentenza 16 febbraio 1923, ric. Urso, con la quale ha dichiarato prescritta l'azione perchè, essendo stata applicata la pena pecuniaria non superiore a L. 300 la sentenza di condanna non era stata proferita nel termine di un anno (art. 97, terzo comma codice penale).

È da sperare che un riesame della questione persuada il Collegio Supremo ad accedere alla risoluzione più rigorosa, meglio rispondente ai fini protettivi che la Legge si propone. Vero che l'art. 53 è diretto a tutelare la salute pubblica ma il divieto dell'esercizio assolutamente libero tutela anche il diritto dei professionisti laureati o diplomati; la violazione del divieto costituisce un pericolo per la salute pubblica ma viola anche il diritto soggettivo di coloro che soli, per disposizione di Legge, possono esercitare la professione sanitaria.

Questo secondo punto di vista è connesso a quello della tutela della salute pubblica e non può essere trascurato perchè dalla stessa norma dell'art. 53 sorge il diritto soggettivo del singolo e dall'abuso deriva la violazione di una sfera giuridica e professionale protetta dalla Legge, cioè la lesione di un diritto. Il contenuto e gli effetti della norma non possono essere desunti esclusivamente dal fine ultimo e remoto, per quanto socialmente più importante; ma si devono considerare gli altri fini e, in ogni ipotesi, gli effetti immediati della disposizione, la quale stabilisce non un semplice divieto di fare ma un vero e proprio divieto protettivo di diritti soggettivi professionali per un fine di interesse pubblico.

Da questo punto di vista, la violazione dell'art. 53, per esercizio abusivo della professione sanitaria, costituisce, secondo la distinzione classica fra delitti e contravvenzioni, un vero e proprio delitto.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Pei medici manicomiali.

La Società Medico-chirurgica di Pavia nella sua seduta del 29 giugno 1923, presa conoscenza della relazione e del nuovo progetto di legge sui Manicomi e sugli alienati, esprime il voto che circa la gerarchia dei medici manicomiali — Direttori, Primari ed Assistenti — venga mantenuto integro l'articolo 19 del vigente Regolamento poichè la proposta parificazione dei medici di Manicomio riuscirebbe dannosa al progresso della scienza psichiatrica.

Pei servizi igienico-sanitari.

L'Associazione Medica della Città e Provincia di Catania, scorgendo nell'annunziato Decreto ministeriale per gli Enti pubblici di beneficenza un grave pericolo per i servizii di profilassi igienico-sociale, di vigilanza igienica ed assistenza sanitaria, già insufficienti in Sicilia prima della guerra, ed assolutamente irrisorii nel dopo-guerra;

fa voti

1) che il Governo, nel dettare le norme per il riordinamento dell'Amministrazione degli Enti di beneficenza, tenga presenti le condizioni speciali nelle quali si trova la Sicilia e specialmente la Città e Provincia di Catania in fatto di assistenza sanitaria e di pubblica beneficenza, dove pochissimo è stato fatto finora e tutto è quasi da fare;

2) che tenga presente l'iniquo trattamento economico fatto al personale delle diverse istituzioni di beneficenza, di assistenza sanitaria e di vigilanza igienica delle diverse provincie della Sicilia;

3) che le maggiori assegnazioni o riduzioni di sussidii ai diversi Enti da parte dello Stato, i diversi rami di servizii e i posti d'organico necessarii siano stabiliti in base a tabelle equitative allo scopo di ovviare alle ingiuste e umilianti sperequazioni esistenti da provincia a provincia e di evitare eventuali disposizioni partigiane;

e delibera altresì che il Consiglio Direttivo con l'accordo opportuno con il Consiglio dell'Ordine, con la Presidenza dell'Associazione Medici Condotti, Medici Ospedalieri e dell'Associazione Provinciale degli Ufficiali Sanitari provveda alla formazione di un Comitato d'azione, al quale venga affidata la vigile tutela dell'interesse della Classe.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGOSTA (*Roma*). — Scad. 31 lug. L. 7000 e 5 quadrien. decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., c.-v., rimborso mezzi trasp. con cavallo.

BASCHI (*Perugia*). — Scad. 30 lug. L. 6000 per 1000 pov., 3 quinq. decimo, addiz. L. 2, c.-v. in L. 1200, indenn. resid. in L. 1000.

BENGASI. *Governo della Cirenaica.* — 5 medici coloniali e direttore chirurgo dell'Osp. colon. di Derna. Vedi fasc. 29.

CAMERINO. *Università degli Studi.* — Straordinario di patologia medica con annesso incarico della Clinica medica; L. 12,000. Docum. al Rettore non oltre un mese dal 28 giugno; non sarà tenuto conto delle domande che perverranno dopo, anche se presentate in tempo utile agli uffici postali e ferroviari. Esposizione operosità scientifica e didattica e titoli in 4 copie.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — A tutto 15 agosto. L. 7500 e tre quinq. dec. Indenn. cavallo (obbligatorio) L. 3000; caro-foraggio e doppio c.-v.; L. 500 uff. san. Civile abitazione del Comune verso annuo fitto di L. 500.

FARA VICENTINA (*Vicenza*). — Scad. 31 luglio. L. 5000 resid., L. 1000 poveri, L. 500 uff. san., L. 1800 mezzo trasp., L. 300 ambul., doppio c.-v., 10 trienni ventes., abitaz. comun. verso affitto annuo di L. 600.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — A tutto il 29 ag. ore 13. Chirurgo direttore dell'Ospedale. Età massima 45. Certificato voti. Quinquennio in clin. chir. o patol. chir. o in sez. chir. Ospedale principale; titolo di prefer.: lib. doc. L. 15,000 lorde e quattro quinquenni decimo; c.-v.; compartecip. proventi operaz. abbienti; assicur. Titoli. Serv. entro 30 g. Chiedere annunzio.

FORLIMPOPOLI (*Forlì*). — Scad. 31 lug. Comprimario ospedale e servizio 2ª condotta; L. 8000 e 10 bienni ventes., addiz. L. 2 sopra 1000 pov., L. 600 uff. san.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — A tutto lug.; L. 6000 oltre L. 500 uff. san. e un c.-v.; alloggio; 5 quinq. dec. Età limite 40.

GALLIO (*Vicenza*). — A tutto 31 lug.; L. 6000 resid.; L. 1000 per 1000 pov., L. 200 ogni centinaio in più, L. 800 uff. san., L. 3600 trasp., alloggio gratuito, assicur., trienni ventesimo, c.-v. di legge.

GRASSANO (*Potenza*). — Scad. 26 lug. V. fasc. 29.

LORENZANA (*Pisa*). — Scad. 31 lug. L. 6000 oltre L. 4000 cav. e doppio c.-v. per 90 pov. su circa 1800 ab.

MARACALAGONIS (*Cagliari*). — Scad. 31 lug. Residenziale. Condizioni portate dal capitolato.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — I concorsi ai posti di Dirigenti, Vice-dirigenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Condotta resid. per le fraz. Tufo, S. Maria Infante e Pulcherini (2° reparto). Stip. L. 6000 lorde, fino a 1000 poveri, au-

mentab. di un decimo per quattro quinq. Addiz. L. 3 per ogni pov. oltre il migliaio; L. 2200 per indenn. trasp. a ruota. Limite età 40 anni, nessun limite per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte od ospedali. Scad. ore 12 del 31 ag.

MONTECOPIOLO (*Pesaro*). — Scad. 31 lug. L. 7000 per 500 pov., L. 250 ogni centinaio in più, 3 sessenni dec., 1 c.-v., L. 400 uff. san., L. 3000 cav., L. 1500 disag. resid.

MONTELANICO (*Roma*). — Ab. 2005 agglomerati. Scad. 31 lug. L. 7000 e c.-v., quadrienni decimo. Chiedere condizioni al Segret. Com.

ORVIETO (*Perugia*). — Scad. ore 16 del 30 luglio. Vedi fasc. 29.

PESCOSOLIDO (*Caserta*). — Scad. un mese dal 16 giugno. Vedi fasc. 29.

ROTZO (*Vicenza*). — Cons. con Forni. A tutto 25 lug. L. 10,000 resid., L. 1000 per 1000 pov., lire 2000 mezzo trasp., trienni ventes., c.-v.

SOLESINO (*Padova*). — Scad. alle ore 18 del 31 ag. Ab. 4300; pov. 400 circa. L. 7200 fino a 1000 pov., addiz. L. 2, doppio c.-v., L. 3000 uff. san., L. 800 se bicicl., L. 2000 se cavallo, 8 trienni ventes. Età lim. 40. Pratica annua in Osped. o cond. o non breve eserciz. privato. Chiedere annunzio.

TERRACINA (*Roma*). — Due cond. Ab. 14,000. Ospedale. Staz. balneare e climat. Servizio per la sola popolaz. agglomerata di città. Scad. 15 ag. Richiedesi biennio in grande Ospedale o Istituto clinico. L. 7500 pei 2000 pov., addiz. L. 1.50, doppio c.-v., 5 quadrienni dec.; L. 500 al sanit. con maggiori attitud. chirurgiche, per supplenza.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

VERNOLE (*Lecce*). — Scad. 15 ag. Per frazioni e centri sparsi. L. 5000 fino a 1500 pov., addizion. lire 5 fino a 2000; L. 1500 disag. resid.; L. 1500 cav.; 4 quadrienni decimo.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Corciano (Perugia).

Revoca di diffide: Forlimpopoli (Forlì).

BORSE DI STUDIO.

La *Fondazione perpetua Venezia* presso il Collegio per gli Orfani dei Sanitari Italiani in Perugia mette a concorso una borsa di annue L. 1000 (mille) per studenti universitarii o di altri Istituti superiori equipollenti.

Possono concorrervi tutti gli orfani di Sanitari Italiani (Medici, Veterinari o Farmacisti) che siano nati od abbiano esercitata la professione nella Città o nella Provincia di Venezia, anche se in vita non siano stati contribuenti volontari od obbligati del Collegio di Perugia.

La domanda ed i documenti (stato di famiglia, cert. di morte del padre, fede di nascita, certificato di iscrizione a scuola Universitaria, certificati del Sindaco e dell'Agente delle Imposte di nulla tenenza) tutti in carta libera devono essere indirizzati entro il 10 settembre venturo al Consigliere di Amministrazione del Collegio dott. Guido Ancona - Venezia, S. Felice 3709.

Qualora l'orfano beneficato sia di anno in anno in regola con gli esami ed in essi riporti almeno 24/30, la borsa gli verrà continuata sino alla fine degli studi.

Premio « Camillo Golgi ». — Dal 1° agosto p. v. è aperto il concorso fra i giovani italiani anche non regnicoli, laureati in Medicina e Chirurgia in uno degli anni scolastici 1921-22 e 1922-23, per un posto di perfezionamento presso la R. Università di Pavia.

Il tempo utile per la presentazione della domanda e dei titoli di concorso scade il 30 settembre 1923.

L'assegno è di L. 1200. A norma dell'articolo dello Statuto organico della Fondazione, esso decorrerà dal 1° novembre 1923 al 30 giugno 1924 e sarà pagato in quote mensili.

Il vincitore del concorso non potrà nell'anno di perfezionamento coprire altri uffici estranei all'Istituto in cui intende perfezionarsi, nè risiedere fuori di Pavia. Dovrà alla fine presentare una relazione sugli studi fatti nell'anno.

Domanda in carta legale al Rettore; certificato di nascita in forma legale; diploma di laurea; dissertazione di laurea, stampata o manoscritta, e tutti quei documenti che il candidato crederà conformi allo scopo del concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Ai posti di assistenti medici-chirurgi negli Ospedali di Roma sono risultati, in esito a concorso:

1. Bignami Francesco; 2. Spinedi Camillo; 3. Lugli Gualtiero; 4. Venezian Edmondo; 5. Stirpe Giulio; 6. Bombi Giulio; 7. Cajo Mario; 8. Enrico Cesare; 9. Cavallari Ugo; 10. Margottini Mario; 11. Borromeo Giovanni; 12. Gualdi Augusto; 13. Fanano Vincenzo; 14. Tonelli Lanfranco; 15. Elia Innocenzo; 16. Coen Vittorio; 17. Celiberti Alfredo; 18. Rocchi Filippo; 19. Riccardi Francesco; 20 Schirò Fabio; 21 Fasella Felice; 22. Ragone Saverio; 23. Belisario Mario; 24. Piccinelli Amedeo; 25. Miti Giuseppe; 26. Galluzzo Michele; 27. Zampaglione Salvatore; 28. Santorio Mario; 29. Koch Mario; 30. Giangrasso Giacomo; 31. Capparoni Gaspare; 32. Culmoni Giov. Battista; 33. Spezzano Pasquale; 34. Supino Renzo; 35. De Ruvo Tommaso; 36. Cinti Romeo; 37. Maltese Carmelo.

Il Prefetto di Napoli ha inviato al Sindaco la relazione della Commissione esaminatrice pel concorso a sette posti di medico condotto pei villaggi di Posillipo, Fuorigrotta, Bagnoli, Poggioreale, Piscinola, Miano e Capodimonte. La Commissione, costituita dai proff. Alfonso Montefusco, presidente, Annibale Taliercio e Francesco Polese, su 86 concorrenti ne ha dichiarati idonei 38, così graduati, a gruppi, per ordine di merito: 1) Romanelli, Scarlatto; 2) de Ritis; 3) Formichella; 4) Cerfoglia, Ettari, Fortunato, Russo, Serpico; 5) Talarico; 6) Bifulco, De Riso, Gatti; 7) Bevilacqua, Garberini, Taglialatela; 8) Alfano, Florio, Orlando, Rollo, Simeone; 9) Buffardi, Sogliano; 10) Ajello, Au-

dino, Califano, Ciccimarra, Ciriello, Scalingi; 11) Bertolini; 12) Amitrano, Cioppa, Manzi, Miliano, Muzy, Sangiovanni, Scherillo, Zincone.

Le due borse di studio per ricerche malariologiche, dell'importo di L. 12,000 ciascuna, istituite dal Ministero per l'Agricoltura, sono state assegnate ai signori Enrico Federici, dottore in scienze naturali, e Antonio Galamini, dottore in medicina, prescelti fra 12 concorrenti dei quali 10 laureati in medicina e 2 in scienze naturali.

La Commissione aggiudicatrice era composta dei proff.: sen. Grassi, presidente, Dionisi e sen. Sanarelli.

Al dott. Luigi Lecce, di Alvito, è stato conferito, dal Ministero delle Terre liberate, il diploma di benemerenza, per la patriottica efficace assistenza sanitaria prodigata ai profughi friulani, durante la guerra.

Il prof. Giuseppe D'Agata, straordinario alla Cattedra di Patologia e Clinica chirurgica dell'Università di Camerino, su parere e con voto unanime della Facoltà Medica, è stato promosso al grado di ordinario di detta cattedra.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'estrazione e l'utilizzazione delle sostanze radioattive.

Il Ministro d'Agricoltura, on. De Capitani D'Arzago, ha istituito nel dicastero da lui retto una Commissione per il radio e le altre sostanze radioattive, con l'incarico di studiare l'estrazione dal suolo italiano di queste preziosissime sostanze, di controllare tutte le quantità che ne esistono in Italia, e di distribuire quelle di proprietà dello Stato fra i varii Istituti scientifici e clinici che ne abbisognano a scopo di studio e terapeutico. La Commissione è stata così composta: sen. Orso Corbino, ex-ministro della P. I., per le scienze fisiche, sen. Pescarolo di Torino, per le mediche, on. Mario Cermenati, per le geomineralogiche, prof. Nasini di Pisa, per le chimiche e prof. Ghilarducci del Policlinico di Roma, per le radiologiche.

Si ricorda che tale provvida funzione statale è stata recentemente disciplinata da apposita legge, nella redazione della quale ebbe gran parte l'on. Cermenati, che ne fu il relatore avanti la Camera.

Per il Congresso urologico.

In seno al 2° Congresso urologico internazionale indetto a Roma per l'aprile 1924 il prof. Eugenio Pirondini riferirà sul tema ufficiale commessogli «Vaccinoterapia in chirurgia urinaria, l'antigonococcica esclusa». Egli ha diramato una circolare ai colleghi, pregandoli di comunicargli casistiche e giudizi. I dati devono essergli trasmessi *al più presto*, all'indirizzo: via Quintino Sella, 20 - Roma.

Una nuova Società medica.

Il 4 luglio numerosi medici della Provincia di Belluno si sono riuniti presso l'Ospedale Civile di Belluno per fondare la Società Medico-Chirurgica Bellunese, la quale si propone, con periodiche riunioni, di promuovere la cultura e stimolare l'attività scientifica dei soci.

Proceduto alla nomina dell'Ufficio di Presidenza, riuscirono eletti: presidente, il prof. Gino Pieri, chirurgo dell'Ospedale di Belluno; vice-presidente il dott. Giovanni Gaggia, chirurgo dell'Ospedale di Feltre; segretario-cassiere il dott. Stefano Nicolis, radiologo dell'Ospedale di Belluno.

Nuova Clinica privata per le malattie del sistema nervoso e della nutrizione.

I partecipanti al secondo Congresso nazionale d'Igiene hanno visitato il 30 giugno p. p., la nuova Casa di cura per le malattie nervose «La Salutare» in Altichiero, presso Padova.

L'Istituto esclude rigorosamente ogni malattia mentale; nel tempo stesso è corredato in modo completo dei più svariati mezzi per la cura delle malattie del sistema nervoso.

È da credere che non sentiremo più il bisogno di mandare i nostri atassici e i nostri emiplegici nelle stazioni estere.

Elargizione.

La ditta Wassermann A., di Milano, ha versato altre L. 4000 alla Clinica per le Malattie da Lavoro di Napoli, la quale ha avuto così finora ventimila lire da quella generosa ditta.

Il mecenatismo scientifico è assai raro nel nostro Paese: tanto maggior plauso merita questa elargizione.

Per le autopsie.

Il problema delle autopsie, il quale ha tanta importanza per l'insegnamento, preoccupa tutti coloro che hanno a cuore i progressi della medicina.

Segnaliamo, a questo riguardo, un ordine del giorno del «Comité médical des Bouches-de-Rhône» il quale, rilevando la difficoltà crescente di praticare le autopsie, e considerando che, al di fuori dello scopo profilattico evidente, gli esami necroscopici sono indispensabili al perfezionamento medico e scientifico, emette il voto che la «Commission administrative des Hospices» prenda tutte le misure che giudicherà utili per facilitare, in avvenire, la autopsie.

Un caso pietoso.

Il generale medico pensionato Achille Marocco veniva assalito da follia erotica in una tabaccheria di Napoli, sita al Corso V. E., esercita dalla signora Giovanna De Giorgi, e tentava di violentare la proprietaria. Respinto, correva ad armarsi di rivoltella e tornava sul posto minacciando. Disarmato dalle persone accorse, venne internato nel manicomio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Soc. d. Hôp., 4 mag. — L. RAMOND, DONOYELLE e LAUTMAN. Amebiasi polmonare guarita con l'emetina. — CARNOT e BLAMONTIER. La difterino-reazione sull'adulto.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 27 mag. — BUFFÉ et A. DAVID. Le grandi caverne polmonari mute all'ascoltazione.

Riforma Med., 28 mag. — G. GOGLIA. Cellule pigmentifere dell'espettorato. — R. BORDOF. Colesterinemia nell'emoglob. parossistica.

Münch. Mediz. Wochens., 25 mag. — W. STOELTZNER. Principio isotropo nel trattamento specifico della tbc. — R. HAFF. L'« Eatan » nel trattamento della tbc. chirurgica.

Deut. Mediz. Wochens., 25 mag. — D. PLETNEW. Il 1882 nella ricorrente. — M. B. BONSMANN. Sul Bayer 205. — UHLENHUTH. Sul virus della peste suina.

Brit. Med. Journ., 26 mag. — E. PRITCHARD. Patogenesi del rachitismo.

Rev. de Hyg. y Tub., 30 apr. — G. GIGLIO. La fossetta di Morenheim nella diagnosi precoce di tbc. polm.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 20 mag. — G. DE GAETANI GINUK. Epidemia familiare di pneumonite diplococcica in soggetti pestosi.

Soc. d. Hôp., 17 mag. — E. LESNÉ. Inefficacia della sieroterapia antidifterica per via enterica. — E. MAY. Crisi di sonno d'origine anafilattica.

Zbl. f. inn. Med., 2 giu. — A. PFEFFERKOM. Trattamento della tbc. del diaframma.

Journ. Am. Med. Assoc., 19 mag. — G. B. LUCKHARDT e J. B. CARTER. L'etilene come anestetico. — A. L. NIELSON. Tubercolosi abortiva dell'anca. — W. H. MANWARING, A. C. BEATTIE e R. W. MAC BRIDE. Lesioni intestinali nell'anafilassi.

New York st. Journ. of Med., mag. — S. B. JEWETT e P. BLANCHARD. Valore diagnostico dei saggi d'intelligenza.

Stomatol., apr. — B. DE VECCHIS. La neoformazione infiammatoria dei tessuti peridentali.

Scalpel, 3 giu. — BIGGUET. Trattamento chirurgico dell'ozena.

Archivi.

Arch. Méd. Belges, apr. — DANZIN. L'elioterapia artificiale.

Giorn. It. d. Mal. veneree e d. pelle, mag. — Resoconto del XIX Congr. della Soc. Ital. di Dermatologia e Sifilografia.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — W. TILESTON. Tetania dell'adulto, alcalosi e metabolismo del calcio. — M. A. MORTEUSEN. I cambiamenti di pressione arteriosa nel cambiamento di stazione del corpo. — G. A. BUCHANAN. Sulle leggi dell'eredità. — C. A. ELSBERG. Sintomi precoci dei tumori del midollo spinale. — P. H. RINGER. Per giudicare l'attività della tbc. polm.

L'Encéphale, mag. — W. VAN WOERKOM. Stato psichico degli afasici. — R. TARGOROLA. Delirio di interpretazione dei sintomi patologici. — H. ROGER, G. AYMÈS e L. PORTUAL. Sifilide vertebrale a forma di scoliosi.

Arch. Mal. du Coeur, mag. — J. DE MEYER e A. WILMAERS. Nuove forme d'extrasistole a riposo compensatore protratto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 30 luglio 1923 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Il "solco trasversale sopra-ipogastrico", su la superficie anteriore convessa dell'addome tumescente, segno di ascite.

Prof. G. L. SACCONAGHI
Medico Primario degli Spedali Civili di Brescia

« Quodvis vel minutissimum additamentum ad explendam medicam artem adhuc plura desiderantem poterit conferre ».

Il fenomeno, su cui chiamo l'attenzione con queste poche linee, senza dubbio è stato visto da tutti i medici e notato da molti; pure, ch'io sappia, non si trova descritto nè accennato nei libri. E sì ch'esso ha la sua importanza, anche come segno.

Ne' miei prim'anni di noviziato clinico tenevo, nella mente, infissa e ribadita la nozione classica, da tutti ammessa, che, per ascite, l'addome si va facendo espanso a grado a grado uniformemente, eccetto che cresce nel diametro trasversale più che nell'anteroposteriore e con perdita della concavità dei fianchi, e in tal modo vien ad assumere (s'intende, in positura dorsale del paziente) la forma di « ventre a bisaccia » o « ventre di batracio »; e, con la logica spietata di chi sta fisso in un principio che crede inconcusso, pretendevo che così, e no in altro modo, dovesse svolgersi l'espansione dal primo evidente inizio fino al culmine. Non fu quindi poca la mia meraviglia quando m'avvenne di trovarmi dinanzi a qualche addome tumescente, in cui da una parte la mancanza delle classiche note di versamento libero (ottusità spostabile; ondulazione) e dall'altra la presenza, su la superficie anteriore convessa, di un solco trasversale sopra-ipogastrico, del quale non avevo notizia dai libri, mi lasciavano in seria perplessità diagnostica (semplice meteorismo? versamento non libero?), mentrechè poi, prima ancóra o dopo della scomparsa del solco, si faceva chiarissimo il quadro dell'ascite.

In successo di tempo, non solo mi persuasi che tal solco è compossibile con un'ascite, anco già mediocremente avanzata, ma anzi mi convinsi che n'è segno, segno utile massime quando le note classiche dell'ascite ancor mancano o sono accennate appena.

È un solco esattamente trasversale, come una lunga e stretta avvallatura a declivio e acclivio vanescenti e punto fonda ma pur ben manifesta; solco che, tutto o quasi tutto uni-

forme, decorre dall'estremo dell'un fianco all'estremo dell'altro su la superficie anteriore convessa dell'addome tumescente, di solito secondo una linea un po' più sotto della trasversale ombelicale, tra questa e la spino-spinosa, interrompendo la convessità della superficie per un sàlto di 2-3 dita, dimodochè l'addome apparisce in certa guisa distinto in una parte superiore, più grande, espansa e in una inferiore, più piccola, sol tumescente; solco, che con l'ulteriore progredire dell'ascite scompare, e d'allora, anco evacuata o riassorbita l'ascite, più non appare. Par quasi che l'addome, nel tratto corrispondente, sia strinto come da un nastro elastico, o rattenuto comechessia d'espandersi.

Altri potrà, se crederà utile, far ricerche sistematiche e precise. Io mi contento a dire, su semplici miei ricordi (e dei ricordi bisogna fidarsi con discrezione!), che il fenomeno non si osserva forse mai, evidente e puro, nel meteorismo diffuso (senza ascite) e neanche nel circoscritto meteorismo o in genere nella circoscritta distensione gastrointestinale; che non segna affatto il limite tra regione superiore timpanica e regione inferiore ottusa, col quale anzi suole incrociarsi ai due lati; che infine, negli adulti almeno, si osserva forse solo nei maschi (per la maggior tonicità della parete addominale in genere?). Una ragione anatomica, eventualmente insita nella struttura della parete addominale, non l'ho saputa, a ogni modo, trovare.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

Cisti del Pancreas

per il prof. dott. VITTORIO RONCHETTI, medico primario.

L. Giuseppa di Pasquale, di 32 anni, cg., nata a Castelletto d'Orta, dimorante a Milano, via R. Sanzio, 4. Entra all'O. M. in sala Lunati, letto n. 40, il giorno 8 gennaio 1921.

Nell'anamnesi famigliare madre morta a 43 anni per nefrite, un fratello morto per trauma.

Nell'anamnesi personale mestruata regolarmente dall'età di 15 anni; due gravidanze; parti, puerperii, allattamenti fisiologici; figli vivi e sani. Quattro anni fa una colica epatica (colica vescicolare non ittero). Un anno fa influenza (lieve). Otto giorni prima dell'ingresso in Ospedale dolori ad insorgenza brusca, all'epigastrio, con diffusione verso i fianchi e riferimento al dorso; vomito; febbre a brivido iniziale. Dopo 4 ore i dolori cessarono. Due giorni dopo si ripeterono e durarono più a lungo. Nella notte prima di entrare in ospedale nuova crisi. Frattanto le urine si sono fatte itteriche. Alvo stittico.

S. P. Robusta e ben nutrita. Sensorio libero. Ittero della cute e delle sclere. Lingua asciutta. Toni cardiaci concitati. Ventre prominente per meteorismo intestinale. La palpazione provoca dolore all'ipocondrio destro, ma più alla regione epigastrica ove determina prontamente conati di vomito. Fegato e milza nei limiti. Centralmente alla metà superiore dell'addome si palpa profondamente una massa globosa, dolente, spostabile passivamente, ma che nelle inspirazioni profonde non scende in basso: lo stomaco appare situato superiormente ad essa (dilatazione colle polveri effervescenti) ed il colon trasverso inferiormente ad essa (dilatazione mediante insufflazione d'aria per via rettale), mentre l'angolo splenico del colon (pure insufflato) risale lateralmente ed esternamente ad essa molto in alto come di norma. Non ascite. Nulla di anormale rilevasi coll'esame ginecologico. Apparato ghiandolare periferico indenne.

Polsi radiali frequenti (112), piccoli. Pressione arteriosa 125.

Urine: colore giallo arancio, aspetto limpido, peso specifico 1022, reazione acida, albume, glucosio assenti, bilirubina tracce, urobilina tracce, indacano assente, urea grammi 25.620 ‰, acido urico gr. 0.450 ‰; sedimento abbondante biancastro, costituito da urati amorfi abbondantissimi, poche cellule epiteliali pavimentose larghe delle vie periferiche, poche cellule linfocitoidi, pochi leucociti polinucleati.

Feci: colorite, formate; reazione di Schmidt per la stercobilina positiva, reazioni pel sangue negative. Ricerca dei fermenti triptici nelle feci come di norma positiva netta nelle provette con aggiunta di diluizione di feci nelle proporzioni di 2 cc.; 1.5 cc.; 1 cc.; 0,8 cc.; 0,6 cc.; 0,4 cc.; appena percettibilmente positiva nelle provette con aggiunta di diluizione di feci nelle proporzioni di 0,2 cc.; 0,1 cc. Ricerca dell'amilasi nelle feci positiva netta nelle provette con aggiunta di diluizione di feci nelle proporzioni di 2 cc.; 1,5 cc.; 1 cc.; 0.8 cc.; 0.6 cc.; 0,4 cc.; positiva debolissima nelle provette con aggiunta di diluizione di feci nelle proporzioni di 0,2 cc.; 0,1 cc.

Ricerca degli emoconii nel sangue dopo pasto di burro positiva netta.

Sangue: globuli bianchi 11.400; emazie normali per forma, dimensioni colorabilità. Piastrine scarse. Polinucleari neutrofili 62 %, eosinofili 1 %, linfociti 32 %, forme di passaggio e grandi mononucleari 5 %.

Temperatura 37.8.

Estratto dal diario:

21 dicembre. Urine: reazioni per i pigmenti biliari negative.

22 dicembre. Urine: negativa la reazione di Cammidge.

30 dicembre. Esame radioscopico: stomaco piuttosto piccolo, tonico, spinto in alto da un'ombra abbastanza densa, tondeggiante, della grandezza di un cedro, con margini piuttosto regolari, situata nella zona ombelicale. Peristalsi viva, netta separazione dell'antro; passaggio di pappa nel duodeno, che appare tutto visibile, un po' dilatato, e che circonda colle sue anse distese il margine destro dell'ombra su citata. Dopo sei ore stomaco vuoto; barite nel tenue e cieco. Dopo 24 ore pieno il

trasverso, che circonda ed ansa il bordo inferiore del tumore. La porzione media del trasverso è un po' sottile e poco mobile. Diagnosi radiologica: tumore nella regione ombelicale, che sporge fra stomaco, duodeno e trasverso.

2 gennaio 1921. Condizioni di nutrizione generale discrete: peso del corpo kilog. 57 (prima di ammalarsi pesava da 58 a 60). Invariate le condizioni del ventre. Negativo completamente l'esame del sistema nervoso. Nulla al rachide. Non ittero. Non più vomito. Si lagna di dolori epigastrici assai vivi che si presentano di tanto in tanto a forma di crisi.

4 gennaio. Prova della glicosuria alimentare dubbia. Dopo 1/2 ora dall'ingestione (a digiuno) di 100 gr. di glucosio si ha lieve accenno a riduzione del reattivo Fehling, che non si ha più colle urine emesse dopo.

7 gennaio. Prova della glicosuria adrenalinica dubbia. Dopo 2 ore dall'iniezione di 1 cc. di soluzione di adrenalina al millesimo si ha un accenno di riduzione col reattivo di Fehling, che non si ha nè colle urine emesse prima, nè con quelle emesse dopo.

8 gennaio. L'a. viene trasportata al Padiglione Zonda per esservi operata.

La diagnosi da me posta ancor prima dell'esame radioscopico, senza bisogno di puntura esplorativa, in base al rilievo somatico diretto, e specialmente al comportamento del tumore in rapporto allo stomaco ed al colon trasverso ed all'angolo splenico del colon messi in evidenza mediante la distensione gasosa, fu di « cisti del pancreas ». L'esame radioscopico confermò fino all'evidenza tale diagnosi: onde noi quando consegnammo l'a. al chirurgo ci trovammo in istato di perfetta tranquillità d'animo.

È questo il terzo caso di cisti del pancreas, che io ho avuto finora occasione di osservare, ed anche in questo, come nei due precedenti, posso compiacermi di essere riuscito a formulare la diagnosi clinica esatta. Ed in questo terzo caso del resto la diagnosi non sembrava difficile, tanto tipica era la sintomatologia, mentre nel primo caso della mia serie (1) difficilissima era riuscita, a motivo dell'enorme volume raggiunto dalla cisti, che, appoggiandosi al fegato, dava l'impressione di far corpo con esso. Ed in casi di cisti del pancreas le difficoltà diagnostiche che possono occorrere con maggior frequenza, secondo me, riguardano precisamente la diagnosi differenziale coi tumori cistici o no del fegato, del rene, della milza. In quel mio primo caso riuscì possibile riconoscere, che il tumore cistico non era incorporato col fegato, solo quando, colla puntura esplorativa, se ne eliminò in parte il contenuto, riducendolo così a minor volume. Per la diagnosi differenziale coi tumori del rene servirà sempre come discriminante definitiva, in caso di bisogno il cateterismo degli ureteri. Per la diagnosi differenziale coi tumori cistici o no della milza, servirà sempre il carattere retroperitoneale del tumore, e la possibilità di dimostrare la presenza a lato di esso verso sinistra dell'angolo splenico del colon in sede normale. Ben poca importanza invece si dovrà dare, dal punto di vista della diagnosi, alla presenza o meno dei prodotti della secrezione esterna della ghiandola pancreatica nelle feci: chè infatti nel primo dei miei casi, nel quale all'autopsia si constatò la distruzione di 4/5 del pancreas (coda e corpo), residuava ancora la testa del pancreas, quasi intatta nella sua struttura, e coi suoi canali escretori liberi, che attraverso un wirsungiano assai corto portavano al duodeno il secreto della porzione residua di tessuto secernente. Ed ancora occorre ricordare, come non sarebbe decisivo per la diagnosi il non trovare nel liquido estratto dalla cisti con puntura esplorativa i fermenti triptici, perchè, come giustamente fa osservare Gilbride (1) per le cisti ematiche c'è da tener presente, oltre al resto, il potere antitriptico del siero di sangue.

In questo mio terzo caso l'intervento chirurgico (marsupializzazione in primo tempo, associata alla colecistotomia con estrazione di calcoli dalla cistifellea: controapertura alla regione lombare sinistra in secondo tempo), praticato dal prof. Baldo Rossi, confermò definitivamente la diagnosi e sortì esito fortunatissimo. Dopo il secondo intervento cessò ogni movimento febbrile, e la fistola pancreatica si chiuse, e lo stato generale dell'ammalata divenne florido: io vidi l'a. non più di dieci giorni fa e la trovai appunto in condizioni di nutrizione generale ottime, con capacità lavorativa normale, con urina libera da zucchero e corpi chetonici come da pigmenti biliari, con feci non presentanti alcun segno di difettosa digestione dei grassi e qualche volta un po' chiare, ma quasi sempre contenenti stercobilina in discreta quantità. E se tuttora persiste una fistola biliare, ciò è dovuto al fatto, che l'ammalata ricusò il terzo intervento, che le era stato proposto dal prof. Baldo Rossi, onde liberarla anche da questo disturbo residuo, la colecistectomia.

Anche il secondo caso della mia serie, di cui

(1) Dott. G. B. ZANISI. *Due casi di cisti del pancreas.* L'Ospedale Maggiore. Milano, ottobre 1920.

(1) The Journal of the Amer. Med. Assoc., 17 luglio 1920.

riferì la storia clinica per mio incarico il dott. Zanisi (1), vive pure e sta discretamente, quantunque non si sia lasciata operare: si trattava in quel caso verosimilmente di una pseudocisti ematica del pancreas o peripancreatica di origine traumatica e non in rapporto con fatti di calcolosi epatica. Mentre come riferì lo stesso dott. Zanisi (2), l'a. prima della mia serie, operata troppo tardi, quando la coda ed il corpo del pancreas dovevano essere già andati quasi totalmente distrutti, tanto che divenne diabetica subito dopo l'operazione, ed operata con successo minore, giacchè la fistola pancreatica rimase beante, sol di tanto in tanto chiudendosi, ed allora si ripresentavano i sintomi di ritenzione e di riassorbimento (ciò che forse diede opera a far sì, che il processo distruttivo del pancreas continuasse anche dopo l'operazione), finì per morire a tre anni di distanza dall'intervento per una intercorrente tubercolosi.

Non per aggiungere una nuova classificazione a quelle numerose già pubblicate, ma per fissare le idee di chi ha la pazienza di seguirmi, dirò qui, che mi pare di poter distinguere le cisti del pancreas così:

1) teratomatose: cisti dermoidi;

2) neoplastiche: adenomi cistici, adenopapillomi cistici, adenocarcinomi cistici;

3) da ritenzione: calcolosi pancreatiche; pancreatiti circoscritte con esito di stenosi del Wirsungiano o suoi rami; penetrazione di ascaridi nei dotti pancreatici; in questi casi le cisti, rivestite internamente da epitelio, presentansi ora in forma di grosse cisti, ora di piccole cisti a rosario (ranula pancreatica di Virchow, acne pancreatica di Klebs);

4) parassitarie: echinococco;

5) pseudocisti: così dette cisti ematiche di origine traumatica, come nel secondo dei miei casi; od in connessione con fatti di calcolosi epatica, come nel caso che forma l'oggetto della presente nota, e probabilmente come nel primo dei casi della mia serie;

Aggiungerei:

b) cisti peripancreatiche, da rottura del pancreas di origine traumatica, con fuoriuscita di succo pancreatico e sangue nella borsa omentale.

E richiamerò l'attenzione, per illustrare meglio la patogenesi del caso, che forma oggetto della presente nota, sui rapporti fra calcolosi epatica e cisti del pancreas, in quanto la pancreatite è complicanza frequente della calcolosi epatica (Körte, Osler, Egdahl, Quenu), ed in quanto fu potuto sperimentalmente dimostrare, che la penetrazione della bile nei dotti pancreatici ha effetti deleterii. Poleza, per es., (1) riuscì a provocare fatti di necrosi nel parenchima pancreatico iniettandovi batterii e filtrati di coltura di batterii misti a bile, mentre non vi riuscì coi batterii e filtrati di batterii iniettati senza la miscela con bile. In casi di calcolosi epatica nulla di più facile che un calcolo, durante la colica, spinto più traverso il coledoco, fin nell'ampolla di Vater, si soffermi alquanto allo sbocco di questa, prima di cadere nell'intestino. Ed allora a monte del calcolo, dentro all'ampolla di Vater stessa, si accumulerà, e sotto tensione, la bile: questa potrà quindi penetrare per riflesso nel Wirsungiano e sue diramazioni d'origine, e, unita al succo pancreatico ivi ristagnante, determinare alterazioni dell'epitelio di rivestimento dei dotti e degli acini ghiandolari sottostanti. Di conseguenza fatti distruttivi, fatti emorragici. Di conseguenza la formazione di una pseudocisti, che coll'accumularsi del secreto pancreatico, coll'accentuarsi dei fatti necrobiotici, col ripetersi delle emorragie, potrà ingrandire e premere sulle porzioni vicine del pancreas determinandovi atrofia da compressione, ed assurgere ad una imponenza di alterazioni anatomiche e di sintomi clinici, quali, per es., si presentarono nel caso che è oggetto della presente nota.

Nella memoria di Zanisi illustrante i primi due casi di cisti del pancreas della mia serie si accennò a ver dire con molte riserve, al problema, se fosse possibile ovviare alla persistenza della fistola pancreatica, che deve fatalmente susseguire alla operazione di marsupializzazione di una cisti pancreatica voluminosa, con un secondo atto operativo, che avesse per scopo di innestare il tragitto fistoloso sull'intestino. Zanisi, riportando questa mia idea, la corroborava richiamando come qualcosa di simile fosse stato proposto da Chauffard, e ricordando come i chirurghi eseguiscano correntemente la colecistienterostomia, e, qualche volta, la ureterocolonstomia, senza che per questo all'operazione seguano infezioni ascendenti della cistifellea o rispettivamente dei bacinetti e dei calici e canalicoli renali. In proposito a me piace ricordare qui ora le ricerche di Patric, Tyle e Vale (2), che, studiando nei cani il problema del ristabili-

(1) L'Ospedale Maggiore, ottobre 1920, Milano.
(2) Loc. cit.

(1) Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., vol. 24 n. 1.
(2) Surgery, Gyn. and Obstetrics, 1917.

mento delle comunicazioni interrotte fra pancreas ed intestino, osservarono che, qualunque parte del dotto pancreatico si prestò all'anastomosi; in nessun caso si verificò infezione ascendente, neppure quando il dotto fu immesso nel colon. Ma tutto ciò non mi esime dal riconoscere come il prof. Baldo Rossi abbia, nel caso che io gli affidai, con metodo semplicissimo risolto assai elegantemente il problema, mediane la controapertura lombare, che stabilendo il drenaggio nel punto più declive, tolse ogni condizione di ristagno del contenuto cistico, onde le pareti della cisti collabirono, ed il seno fistoloso si potè chiudere definitivamente.

Milano, 15 dicembre 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA NEUROPSICHIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. G. MINGAZZINI.

Sulla masturbazione infantile.

Nota del dott. DOMENICO PISANI, assistente.

Gli studii sull'autoerotismo, i quali si sono succeduti numerosi dopo il famoso « Traité de l'Onanisme » di Tissot, si riferiscono alle manifestazioni autoerotiche, che insorgono all'epoca della pubertà e che si possono protrarre a volte per tutta la vita. La maggior parte degli autori sostiene, basandosi sulle statistiche, che l'autoerotismo è più frequente nelle donne (Tissot, Morris, Pouillet, Näche, Lowenfeld, Adler, Ellis, ecc.). Rohleder afferma che nelle donne vi è il 95 % di masturbatrici; Berger parla perfino del 99 %!

Molto scarse invece sono le osservazioni sulla masturbazione infantile. Townsend (riportato da Havelock Ellis) ha pubblicato 5 casi di piccole bambine dedite alla masturbazione. Fra queste ve n'è una di 8 mesi, che ripeteva la pratica autoerotica una volta alla settimana ed otteneva l'orgasmo strofinando la coscia destra sulla sinistra. Altri due casi pubblica Havelock Ellis (1). In uno di questi casi si tratta di una bambina di 2 anni « dont les organes génitaux externes sont très développés et qui se les frotte sans cesse ». Nell'altro caso riportato dall'autore la bambina cominciò a masturbarsi regolarmente a 3 anni ed a 7 anni presentava i genitali esterni sviluppati come quelli di una femmina adulta.

(1) HAVELOCK ELLIS. *Études de psychologie Sexuelle*. I. Paris, 1908.

Io posso riportare due casi, uno datomi dal prof. Mingazzini, l'altro osservato nel nostro Ambulatorio.

Nel primo si tratta di una bambina di 2 anni. La madre portava la bambina a visitare perchè impressionata dal fatto che ogni tanto, mentre la teneva sul braccio, muoveva celermente le gambe, diventava pallida in viso e arrovesciava in dietro la testa.

Dal racconto della madre si poteva sospettare che si trattasse di accessi di piccolo male. Ma durante l'interrogatorio la bambina cominciò a confricarsi le superfici interne delle coscie l'una contro l'altra. Dopo qualche minuto divenne pallida e cessò di dimenarsi. La mancanza di qualunque elemento che potesse convalidare il sospetto di un accessso di piccolo male fece concludere per un caso di masturbazione precoce.

Riassumo brevemente la storia clinica del secondo caso:

D. A., femmina, di anni 5. Il padre è epilettico, non beve vino e nega lues. La madre è sana. La bambina è nata con parto distocico. La madre porta la figlia al nostro Ambulatorio sopratutto perchè preoccupata dalle continue pratiche onanistiche, di cui la bambina usa fin dal secondo anno di vita. La madre racconta che la piccola si serve di qualunque oggetto, che ha fra le mani, per masturbarsi. Nel momento dell'orgasmo sessuale la bambina diventa rossa e, a volte, suda profusamente. L'esame neurologico (motilità volontaria, riflessi, sensibilità, sensi specifici) è negativo. La bambina ha organi sessuali normali, solo la vulva è arrossata. Si nota un lieve stato di denutrizione generale.

Dai pochi casi che ho potuto riscontrare nella letteratura e dalle due osservazioni originali da me riportate si può dedurre che la masturbazione precoce è caratteristica delle femmine e che si può accompagnare ad uno sviluppo fisico precoce. Il secondo caso da me riportato è interessante perchè la bambina usa di già, come le femmine adulte, diversi oggetti per ottenere la voluttà autoerotica.

Fino a pochi anni dietro questi casi potevano considerarsi come manifestazioni rarissime di precocità sessuale ma dopo le profonde indagini psicobiologiche di Freud sulla vita sessuale umana, essi rientrano nella vita sessuale dell'infanzia, che ha come caratteristica essenziale di agire autoeroticamente, cioè « cercando e trovando i suoi obbietti sul proprio corpo » (1).

Teoricamente i casi di masturbazione precoce rientrano quindi nelle numerose forme di autoerotismo, con cui si esplica, secondo la

(1) FREUD. *Introd. allo Studio della Psicoanalisi*. Lib. Int. della Psicoanalisi. 1922.

psicoanalisi, la sessualità infantile normale. Praticamente interessano i medici, che sono spesso chiamati ad indicare i rimedii adatti a disabituare dalla masturbazione i piccoli bambini. Compito non facile, sebbene si incontrino difficoltà meno gravi di quelle che si presentano negli adulti.

In primo luogo è necessario indagare quali siano le cause, che, eventualmente, hanno attratto l'attenzione del bambino sui genitali, per eliminarle. È noto che presto o tardi tutti i bambini, seguendo la naturale sensualità, vengono a conoscere che l'eccitazione dei genitali produce un soddisfacimento sessuale; ma spesso la loro attenzione su questi organi è richiamata precocemente da diverse cause. Non raramente sono le persone addette alla loro cura, che, o per ignoranza o per volgare lussuria, abituano i bambini ai piaceri sessuali. È abitudine, nel popolo specialmente, di far mostrare ai maschi il piccolo membro come un motivo di orgoglio, fatto che spesso eccita in essi precocemente la loro fresca sensualità animale.

Sono del pari frequenti i casi di balie ignoranti e lascive che masturbano i bambini affidati alla loro cura, con la scusa di farli addormentare più facilmente. Ma le cause che più interessano il medico sono di ordine fisico. Tra queste predomina per frequenza l'accumulo, per mancanza di igiene, di sostanze irritanti nei genitali (muco, smegma, tracce di urine, di feci), le quali generano un prurito insopportabile, che costringe i bambini a toccarsi insistentemente fino ad avere l'orgasmo sessuale. Le lesioni balano-prepuziali, le vulviti infantili, l'erpete recidivante dei genitali, la scabbia, la psoriasi, le fimosi e tutte le affezioni o malformazioni degli organi genitali determinano, per lo stesso meccanismo, lo stabilirsi di pratiche masturbatorie. Non è inoltre da trascurarsi, nelle indagini accurate, la presenza di elminti, che, frequentemente nei bambini, si accumulano nel retto, producendo un intenso prurito, che si estende a tutta la regione perineale. Dopo che si son fatte osservare le elementari regole igieniche e che si sono curate queste eventuali affezioni o malformazioni dei genitali, il compito terapeutico si deve ridurre a prescrivere una dieta blanda lattea-vegetariana, a regolarizzare le funzioni intestinali e a somministrare qualche medicamento per deprimere l'eccitabilità genitale (bromuri, canfora, luppolino, ecc.).

Tra le diverse cure proposte qualche autore consiglia, nei casi di masturbazione ostinata delle bambine, la recisione della clitoride ma questo metodo poteva solo essere giustificato quando gli alienisti attribuivano alla masturbazione varie forme di pazzia e le malattie del midollo spinale!

Se con la sorveglianza e coi mezzi terapeutici non si ottiene l'effetto desiderato si deve ricorrere ai mezzi meccanici: le bambine che si masturbano strofinando una coscia sull'altra si devono tenere con le coscie distese (Taylor); nelle altre forme di masturbazione si applicano opportuni sacchettini alle mani e delle cinture metalliche a maglie strette, che coprano i genitali.

Questi mezzi coercitivi, che impediscono di continuarsi a titillare, sono innocui e, applicati rigorosamente e per lungo tempo assieme alla dieta anafrodisiaca, sono capaci di distogliere i bambini dalla pratica onanistica.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un cistouretroscopio guidato.

per il dott. prof. GUSTAVO RAIMOLDI
aiuto chirurgo degli Ospedali di Roma.

È stato nostro studio la ricerca di un tipo di cistoscopio, che potesse penetrare agevolmente in vescica, vincendo senza sforzo ed in ogni caso, nell'uomo, le curve patologiche dell'uretra posteriore.

La necessità, in casi speciali, di simile istrumento non può sfuggire ed infatti già Ringleb aveva fatto costruire un cistoscopio guidato da una minugia che si innestava col solito passo di vite al becco del cistoscopio. Questo istrumento, secondo il costruttore, era destinato ai casi delicati (emorragie, suppurazioni, ecc.).

Recentemente Noguès ha fatto costruire un uretrocistoscopio per esplorazione, tipo Mac-Carthy al cui estremo può essere avvitato un cono portante la minugia guida.

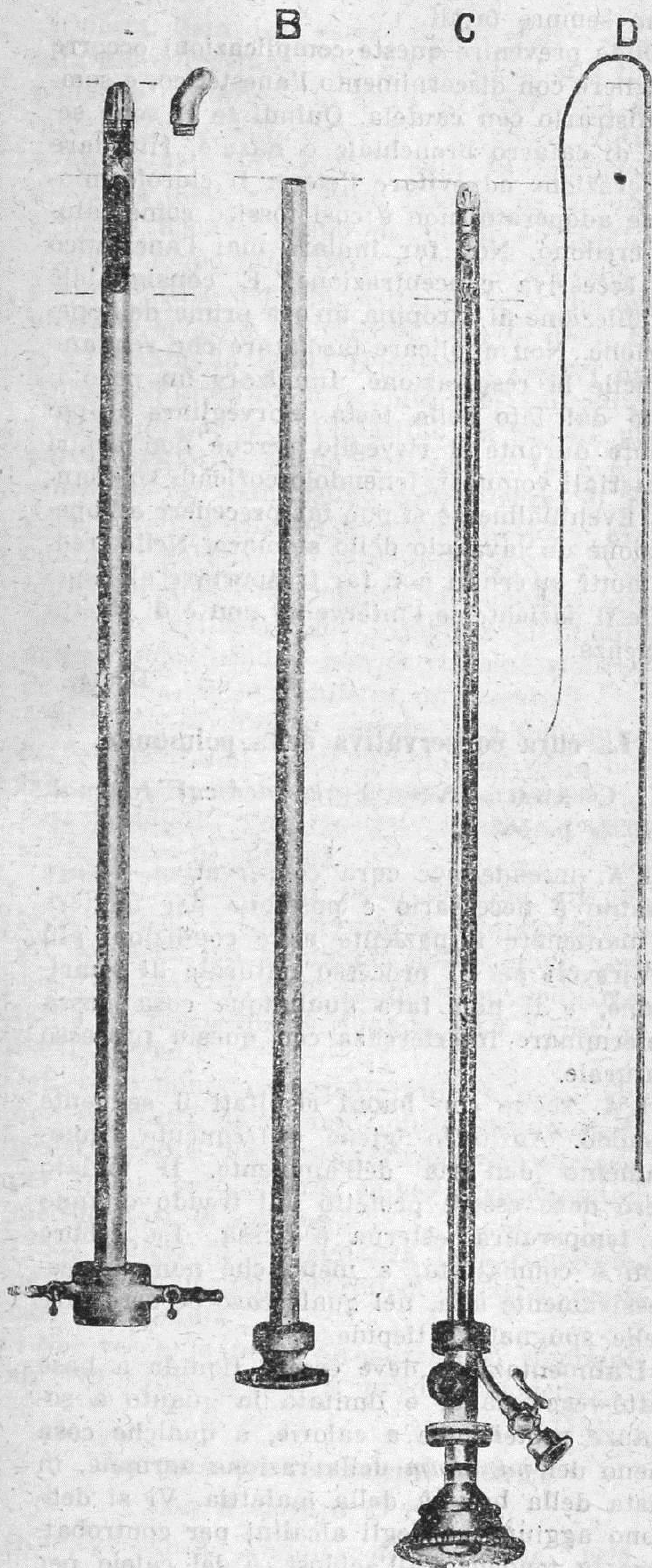
Sia l'uno che l'altro dei due istrumenti sopra descritti hanno il grave inconveniente che la minugia, la quale resta arrotolata in vescica, irrita l'organo e produce ematuria se vi sono ulcerazioni.

Nè è da tenersi in poco conto il pericolo che la minugia si spezzi o si sviti nei movimenti che l'osservatore fa compiere al cistoscopio.

Noi abbiamo immaginato un uretrocistoscopio per esplorazione e cateterismo ureterale, tipo Mac-Carthy, che viene introdotto su guida, nel quale gli inconvenienti sopra lamentati vengono evitati.

L'unita figura dimostra come sono composte le varie parti:

A: un catetere metallico (o camicia del cistoscopio, destinato a ricevere poi l'ottica, ecc.), terminante a cono perforato in punta e munito di una grande finestra da cui si affacceran-



no l'ottica con la lampada e l'unghietta mobile per cateterismo ureterale.

B: un tubo metallico di diametro tale che entri nel catetere e serva a chiuderne la finestra.

C: un'ottica con in testa la lampada e, sotto la lente obbiettiva, l'unghietta per il catetere ureterale.

D: una minugia, come le solite, munita di passo di vite, da avvitarsi sur una bacchettina metallica, come negli uretrotomi o nei divulsori. La bacchettina metallica ha la lunghezza della camicia o catetere A.

L'uso dell'istrumento è assai facile: introdotta la minugia nell'uretra fino in vescica, si avvita sulla minugia la bacchettina metallica. Dopo avere sospinto il tubo B nel catetere A, in modo da occluderne la finestra, si infila il catetere sulla bacchettina a cui segue la minugia. Quando la punta del cono è arrivata alla vite che unisce bacchettina e minugia, o si può continuare a far scorrere il catetere sulla minugia stessa entrando mano mano nell'uretra fino in vescica, o, impugnati la bacchettina e il padiglione del catetere, si può spingere il tutto verso la vescica fino a che la punta del catetere non sia bene entrata nella vescica stessa. Nel secondo caso la minugia si arrotola momentaneamente in vescica. A questo punto si ritirano la bacchettina con la minugia e il tubo B e si introduce l'ottica.

Si ha così un cistouretroscopio guidato, come quello di Noguès con il vantaggio notevole che la minugia viene ritirata in ogni caso e non produce quindi alcuna irritazione della vescica.

Come si vede dalla figura, il catetere è munito di due rubinetti di lavaggio che permettono la visione a lavaggio vescicale continuo e la distensione dell'uretra durante l'uretroscopia. Non esiste naturalmente valvola, ma l'ottica si adatta al catetere con un pezzo a cono perfettamente calibrato in modo da ovviare ad ogni perdita di acqua. Un adattamento particolare assicura l'unione dell'ottica al catetere metallico.

Il tubetto di ingresso dei cateteri ureterali è munito di rubinetto. Il pezzo a cono perforato con cui termina il catetere può essere sostituito da un pezzo piegato (v. figura), che trasforma l'uretrocistoscopio in un cistoscopio comune, munito però del dispositivo per il lavaggio continuo.

Il calibro di questo uretrocistoscopio è di 21 Charrière. Si può adattare ad esso anche una ottica a visione retrograda.

Si ha così un istrumento che può servire se non in tutti, certo nella maggior parte degli esami urologici.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Sulle complicazioni broncopolmonari postoperatorie.

(D. LAMB. *Brit. med. Jour.*, 11 novembre 1922).

Non è rara dopo la narcosi, specie se prolungata, una lieve bronchite, con tosse, poco o nulla espettorato, e senza febbre.

Talora si ha febbre sui 39°, senso di oppressione, e lieve tosse, che il paziente cerca d'impedire per evitare il dolore alla ferita, con espettorazione mucopurulenta. Tutto dilegua in tre o quattro giorni. Indagati radiologicamente da Whipple, questi casi sembrano essere delle polmoniti abortive. Nell'espettorato si trova il pneumococco, generalmente un tipo IV, o uno streptococco, o il *bacillus mucosus capsulatus*, o il b. di Pfeiffer.

Si hanno anche, talvolta, delle gravi broncopolmoniti.

Secondo varie statistiche, le quali comprendono anche pleuriti postoperatorie ed embolie della polmonare, la morbosità dell'apparato respiratorio dopo interventi in narcosi varia dal 0.5 all'8 per cento. È maggiore per le operazioni lunghe e per quelle settiche furono colpiti quasi sempre soggetti che per alterazioni acute o croniche del loro apparato respiratorio già avevano una certa espettorazione, che era stata più o meno difficoltata dalle fasciature o dal dolore.

L'A. non crede che la causa delle complicazioni bronco-polmonari si debba sempre attribuire all'anestetico: specialmente l'etere porta a questo riguardo una cattiva fama, non del tutto meritata. Talvolta è in causa il raffreddamento fatto subire al malato; talora la morte non è dovuta alla lieve complicazione bronco-polmonare, ma all'avvelenamento di cloroformio; spesso si tratta di bronco-polmoniti settiche ematogene, che sopraggiungono parecchi giorni dopo l'operazione, inoltre non vanno dimenticate le bronco-polmoniti da espirazione, rese ora più rare dall'uso dell'atropina che impedisce l'ipersecrezione di muco e di saliva.

Altre complicazioni postoperatorie piuttosto rare sono le pleuriti, l'empiema, l'ascesso e la gangrena polmonare. Queste complicazioni sono spesso associate ad ascessi sottofrenici da sepsi della cistifellea o dell'appendice, ulcere perforate dello stomaco o del duodeno, tumori maligni. Possono anche originare da emboli settici.

L'edema acuto del polmone è per lo più in rapporto con le condizioni dei reni. Gli ascessi polmonari seguono di preferenza a tonsillectomie. Gli emboli e gl'infarti polmonari sono forse più frequenti di quanto si crede, e non sono sempre fatali.

Onde prevenire queste complicazioni occorre scegliere con discernimento l'anestetico, e somministrarlo con cautela. Quindi se vi sono segni di catarro bronchiale o nasale, ritardare l'operazione od evitare l'etere. Il cloroformio, bene adoperato, non è così tossico come taluni credono. Non far inalare mai l'anestetico in eccessiva concentrazione. È consigliabile un'iniezione di atropina un'ora prima dell'operazione. Non applicare fasciature che rendano difficile la respirazione. Innalzare un poco il letto dal lato della testa. Sorvegliare il paziente durante il risveglio perchè non aspiri materiali vomitati, tenendolo coricato sul fianco. Eventualmente si può far precedere all'operazione un lavaggio dello stomaco. Nelle fredde notti invernali non far trasportare all'ospedale il paziente se l'intervento non è di stretta urgenza.

DORIA.

La cura conservativa della polmonite.

(E. CORNWALL. *New York medical Journal*, 1922, p. 563).

L'A. intende per cura conservativa il fare quanto è necessario e possibile per mettere e mantenere il paziente nelle condizioni più favorevoli per il processo naturale di guarigione, e il non fare qualunque cosa possa determinare interferenza con questo processo naturale.

L'A. segue con buoni risultati il seguente metodo. Anzitutto igiene e frequente rinnovamento dell'aria dell'ambiente. Il malato però deve essere protetto dal freddo quando la temperaura esterna è bassa. La febbre non è combattuta, a meno che non sia eccessivamente alta, nel quale caso occorre fare delle spugnature tiepide.

L'alimentazione deve essere liquida a base latto-vegetariana, e limitata in quanto a sostanze proteiche e a calorie, a qualche cosa meno del *minimum* della razione normale, in vista della brevità della malattia. Vi si debbono aggiungere degli alcalini per controbattere la tendenza all'acidosi, e del calcio per sopperire alla tendenza di diminuzione di tale elemento necessario. Infine acqua in abbondanza. Nella forma generalmente prescritta la dieta giornaliera consiste in litri 1.700 di una miscela di due parti di latte e una di

acqua d'orzo, in 230 gr. di succo d'arancio o di uva, in 56 gr. di lattosio, in 5 o 6 gr. di bicarbonato di sodio, in gr. 1.5 di cloruro di calcio; e acqua da oltrepassare i due litri e mezzo.

Questa dieta deve essere naturalmente adattata alle circostanze. Se, ad esempio, vi è timpanismo o diarrea, la dieta va ridotta ad acqua di orzo, sali, lattosio e succo di frutta, o anche solo ad acqua e sali. In condizioni gravi, la dieta è di solito ridotta. Se il cuore è molto debole, vanno diminuiti i liquidi.

Non è opportuno dare purganti durante il periodo attivo della malattia, a meno che non vi siano speciali indicazioni. Con la dieta sopraccennata, la quale favorisce i batteri acidofili dell'intestino a scapito dei saprofitici, è possibile lasciare l'intestino in riposo per parecchi giorni, anche una settimana e più, senza che si manifestino conseguenze; di regola il ventre rimane floscio e spesso le evacuazioni avvengono spontaneamente e con minore disturbo del malato, che quando sono provocate artificialmente. Qualora si manifestasse timpanismo, e non si vincesse riducendo la dieta, si somministra un lassativo.

Eccitanti cardiaci si devono dare solo quando indispensabili, negli ultimi stadi della malattia e nella misura strettamente necessaria. Come eccitanti l'A. consiglia lo strofanto, la stricnina e la caffeina.

Contro i dolori nel petto giovano gli empiastri caldi, e possono anche somministrarsi gli oppiacei, ma in piccole dosi, i quali però sono da evitarsi negli ultimi stadi della malattia, e specialmente quando si è vicini all'attesa crisi.

È bene non dare espettoranti, a meno che non si tratti di calmare in principio della malattia una tosse eccessivamente stizzosa, nel quale caso potrà, talvolta ricorrersi a piccole dosi di oppiacei.

Nel delirio la sorveglianza e la contenzione sono preferibili ai rimedi sedativi, salvo casi eccezionali.

Nei vecchi e negli alcoolizzati si somministra di solito acquavite in dosi moderate.

M. COLLINA.

La cura dei versamenti pleurici con il cloruro di calcio.

(KRUNMENACHER. *Annales de médecine*, 1923, n. 3).

Durante le sue ricerche sull'azione diuretica dei sali di potassio e di calcio, L. Blum ha potuto constatare che il cloruro di calcio produce una notevole azione nelle affezioni infiammatorie delle sierose; in queste affezioni il sale provoca non solo un riassorbimento del versamento ma anche un abbassamento della temperatura. In alcuni casi acuti l'impiego del cloruro di calcio ha fatto terminare in 24-48-96 ore l'evoluzione della malattia portando al disseccamento completo della sierosa, con aumento del volume delle urine e caduta rapida della temperatura.

L'A. riporta una serie di osservazioni eseguite su versamenti infiammatori della pleura di varia origine: alcuni metapneumonici, altri tubercolari, altri cancerigni. Il cloruro di calcio è stato somministrato ai malati per via orale e per via intravenosa. Nel primo caso il malato era tenuto a dieta declorurata o povera in sodio e sottoposto al trattamento calcico gli si somministrava il cloruro di calcio secco, granulato in quantità non inferiore ai 15 grammi al giorno nelle forme acute. La somministrazione di deboli dosi non influisce sufficientemente sulla malattia. Una grande difficoltà si incontra nella pratica nel cattivo sapore del cloruro di calcio. Il modo di somministrazione che è sembrato più conveniente all'A., è quello di farlo prendere a cucchiai sciolto in acqua al 30 % con aggiunta di un poco di caffè e latte. Nel secondo giorno si somministrano ancora 15 gr. di $Ca\,Cl_2$ se persiste ancora la febbre: se questa è caduta si porta alla metà la dose. La cura non deve passare una certa durata: a tal riguardo è difficile precisare il numero dei giorni; è raccomandabile non prolungare il trattamento al di là di 5-6 gg.; un trattamento prolungato può avere influenza nociva non solo sulla temperatura ma anche sullo stato generale dei malati. I malati accusano un malessere generale, inappetenza, cefalea. La spiegazione è semplice.

Per la lunga durata della somministrazione di cloruro di calcio vi è un capovolgimento troppo intenso dell'equilibrio minerale degli umori: si sorpassa lo scopo che si vuol raggiungere e ne risultano accidenti manifestantesi con disturbi della regolazione termica e dello stato generale producendosi allora il fenomeno opposto, la febbre cessa allorchè cessa la somministrazione del cloruro di calcio.

Dopo la somministrazione del cloruro di calcio è importante di continuare il regime povero in sodio per circa 2-3 giorni e poi passare ad un regime moderatamente salato. Il sodio scaccia il calcio che si trova in eccesso nel tessuto e negli umori e ristabilisce il tenore normale di $Na\,Cl$ che il cloruro di calcio aveva modificato.

In nessun malato l'A. notò intolleranza gastrica od intestinale.

L'A. per evitare del tutto disturbi dell'apparato digestivo ha saggiato la via intravenosa, immettendo nelle vene 50-80 cc. della soluzione al 5 %. Le iniezioni intravenose di forti dosi di calcio sono seguite molto rapidamente da una forte diuresi. Eccetto sensazioni di calore, brividi, debolezza, non si notano accidenti gravi; è a notare che esistono differenze fra malato e malato. In un caso si ebbe una trombosi della vena brachiale.

L'azione delle iniezioni intravenose non sembra essere superiore a quella del sale introdotto per via orale.

Dall'insieme delle osservazioni risulta che la somministrazione del cloruro di calcio è regolarmente seguita da una azione sul versamento e sulla febbre sebbene l'intensità vari nei diversi casi. In genere l'influenza non si manifesta che a partire dal 2° giorno di cura. Specialmente nei casi cronici non è che dopo 4-5-6 giorni che si notano dei risultati. Il primo segno dell'azione favorevole è sempre l'aumento del volume delle urine cui segue la diminuzione del versamento. Oltre alla quantità del cloruro di calcio ha influenza la natura dell'infiammazione; a tal proposito l'optimum è segnato dalle affezioni metapneumoniche: nelle pleuriti tubercolari ha importanza l'anzianità della lesione: nelle affezioni croniche si sono prodotte modificazioni della pleure con formazioni di cotenne onde la penetrazione del calcio nel versamento e il riassorbimento dell'acqua non può avvenire con la stessa facilità con la quale avviene in una pleura poco alterata.

Il trattamento calcico non sembra avere una azione nociva per lo meno immediata. In un caso di pleurite e di ascite cancerosa l'A. non notò alcun effetto e così in altri 4 casi di ascite cancerosa; l'A. per questo fatto accenna alla possibilità di una origine non infiammatoria della pleurite.

Con la terapia in discorso non si rese necessaria alcuna toracentesi.

MONT.

Sul significato diagnostico del movimento respiratorio degli apici polmonari nella loro infiltrazione iniziale e nelle aderenze pleuriche apicali.

(JOH. KELEMEN e FRANZ KORXFELD. *Deutsche Medizinische Wochenschriff*, 1922, n. 43, pagina 1444).

Il Koranyi, nel 1918, usando il metodo di percussione del Goldscheider, ha dimostrato che mentre se gli apici sono completamente sani, il loro limite superiore è allo stesso livello, sia nella posizione eretta che nella posizione curva in avanti, l'apice malato invece, per la diminuzione della sua estensibilità e della sua elasticità, non può seguire la cassa toracica nel suo movimento e perciò, nella posizione curva, resta indietro, col confine superiore abbassato rispetto a quello del lato suo.

Gli AA. hanno perfezionato questa ricerca, facendo fare una profonda inspirazione contemporaneamente all'incurvamento. L'elasticità del polmone malato non è diminuita di tanto da impedire l'espansione dell'apice nelle inspirazioni più profonde; lo spostamento respiratorio del margine polmonare è perciò molto più ampio dal lato malato che dal lato sano; chè, mentre il polmone sano nell'incurvarsi, si sposta e impiccolisce lo spazio destinato all'espansione inspiratoria, il polmone malato, nelle profonde inspirazioni fatte in posizione curva sposta il suo margine per uno spazio uguale a quello del polmone sano più lo spazio del quale è restato indietro nell'incurvarsi.

Tutto quello che si è detto vale per il polmone malato, ma libero; quando esistono aderenze invece la spostabilità respiratoria del margine polmonare manca o è incompleta: e da questo segno si possono trarre utili indicazioni terapeutiche, p. e. nel caso dell'impianto di un pneumotorace.

E. SERENI.

L'etiologia del versamento pleurico eosinofiliaco.

(N. E. CLARKE. *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1922, vol. 79, pag. 1591).

Secondo l'A., nella letteratura è scarso il numero di casi di versamenti pleurici con una notevole abbondanza di eosinofili; ed in nessuno di questi casi è stato trovato il bacillo di Koch. Secondo alcuni autori (Widal e Ravant, Donzello) il liquido di questi versamenti è altamente tossico per le cavie.

L'A., in un suo caso, è riuscito non solo a dimostrare l'esistenza di una tubercolosi polmonare, ma anche a dimostrare la presenza del bacillo tubercolare nel liquido del versamento, per mezzo dell'inoculazione negli animali.

L'A. non crede che per queste pleuriti eosinofiliache si debba invocare un'etiologia speciale, ma pensa che, come per tutte le altre pleuriti, così anche per esse debba in molti casi ritenersi probabile un'etiologia tubercolare.

E. SERENI.

LEZIONI.

Il climaterio.

(J. HALBAN. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 26 gennaio 1923).

È certamente un fenomeno biologico notevole il fatto che la ghiandola germinale femminile cessi di funzionare sui 50 anni; un fenomeno analogo è presentato solo dal timo il quale alla pubertà cessa le sue funzioni, mentre invece gli altri organi invecchiano con l'avanzare dell'età e continuano a funzionare per tutta la vita sia pure con diminuita attività. Il contrasto è tanto maggiore in quanto che l'uomo può conservare la *potentia generandi* fino alla tarda età. Considerazioni teleologiche possono far ritenere che, degenerando con l'invecchiare i prodotti dell'ovaia, la natura abbia voluto impedire che le uova in certo qual modo minorate abbiano a sviluppare prodotti minorati.

Contro questo modo di vedere sta il fatto che, all'opposto, le donne più anziane danno di regola prodotti del concepimento più forti e meglio sviluppati. Tale fenomeno, secondo le ricerche dell'A. si osserva anche in vertebrati inferiori (rane, pesci) in cui è di regola che con l'aumento dell'età la femmina dia uova più grosse e più grossi prodotti. Non è quindi improbabile che lo stesso avvenga anche nella specie umana, sicchè non si può ritenere giustificata l'ipotesi sopra accennata. Ma un'altra può avanzarsene: È noto che le femmine degli altri mammiferi non hanno climaterio e che, salvo qualche rara eccezione, sono tutte capaci di figliare anche ad una età avanzata. Però il nato da esse è più o meno indipendente dopo il breve periodo dell'allattamento, mentre il figlio della donna ha bisogno di lunghe cure e di molti anni prima di essere indipendente. Si può quindi pensare che la natura abbia provveduto ad assicurare a quest'ultimo il necessario aiuto materno facendo cessare in tempo la fecondità della madre.

***

La definizione di climaterio varia secondo i diversi autori; alcuni intendono con tal nome il momento in cui l'ovaio cessa di funzionare, altri invece comprendono tutto il periodo di passaggio dalla regolare funzionalità ovarica alla completa cessazione; questi lo identificano quindi con gli anni del cambiamento, quelli con la menopausa, ed in tal caso, riferendosi all'ultima ovulazione, si parlerà di fenomeni pre- e postclimaterici.

Lo stabilirsi della funzione ovarica provoca una serie di cambiamenti nell'organismo femminile. È noto che l'ovaio, oltre ad essere il centro trofico per le ghiandole genitali e mammarie, esercita con la sua secrezione interna una particolare influenza su tutto l'organismo; si comprende quindi che la cessazione della funzionalità debba pure ripercuotersi su tutto l'organismo. Alla perdita di tale funzione ne seguono raggrinzamento ed atrofia dell'utero, della vagina, dei legamenti larghi, della vulva; il tessuto della ghiandola mammaria subisce una regressione e, come segno esterno, appare spesso del colostro. La mucosa uterina si atrofizza, come pure quella della vagina; se ne ha perdita dell'epitelio e conseguenti sinechie vaginali, atresie del canale cervicale, piometra, ecc. L'atrofia dei genitali esterni porta ad eczemi, prurito, kraurosi; il raggrinzamento della vagina può dare disturbi del coito, l'atrofia della mucosa dà luogo ad emorragie; il raggrinzamento della vulva può avere effetti benefici, rimediando in certo modo ad un eventuale prolasso.

L'ovaio ha inoltre un'influenza sul ricambio del grasso, del calcio e sulle altre ghiandole endocrine. Si ha una deposizione di grasso in diverse parti dell'organismo (cute addominale, natiche, seni) e, per la ripartizione irregolare di esso, ne viene turbata la bellezza del corpo femminile. I disturbi nel ricambio del calcio portano ad esostosi, osteofiti e talora a nodi di Heber; si osservano gravi forme di artriti deformanti in giovani con amenorrea precoce ed analoghi disturbi si notano all'età del climaterio in donne che vi sono predisposte. Le ghiandole endocrine (ipofisi, tiroide, isole di Langerhans) subiscono cambiamenti organici, forse anche in dipendenza del turbato metabolismo del calcio o di influenze del sistema simpatico sul quale l'ovaio esercita azione manifesta.

È noto, dalle ricerche di Cristofoletti, che dopo la sua asportazione si ha aumento della eccitabilità del simpatico, che viene dimostrata dalla glicosuria consecutiva ad iniezione di adrenalina; così la prova di Loewy (midriasi per l'istillazione di adrenalina nel sacco congiuntivale) è positiva nel climaterio. Tale aumento di eccitabilità viene anche dimostrato da fenomeni clinici, quali la contrazione dei piccoli vasi (che conduce ad una ipertonia tipica la quale predispone all'arteriosclerosi), l'improvviso flusso di sangue alla testa, il senso di vertigine, i sudori, i ronzii d'orecchio, la cefalea, ecc.; questi disturbi possono anche essere assai tormentosi, ripetendosi talora 20-30 volte al giorno, ed avendosi anche nella notte, interrompendo quindi il sonno. Particolare importanza assumono i sintomi cardiaci derivanti dall'eccitazione del

simpatico, che agisce come acceleratore: tachicardia, palpitazioni, extrasistoli, stati anginoidi con senso di oppressione, dolori alla regione cardiaca ed al braccio sinistro, ansia precordiale. Pure dall'eccitazione del simpatico derivano disturbi intestinali (meteorismo, flatulenze, diarree intermittenti, vere neurosi di secrezione) e gastrici (dolori, pirosi).

Di notevole importanza sono anche i cambiamenti psichici, che intervengono al climaterio; spesso stati depressivi, melanconici, talora aumento di impulsi sessuali. La gioventù che svanisce, la scomparsa ineluttabile della fecondità conducono ad amare riflessioni; la donna che si rifugia nella sua maternità accetta il nuovo stato come una necessità naturale; in altre condizioni, se dotata di un alto senso morale lotta silenziosamente; altre invece, meno resistenti, sono travolte dal vortice e mostrano traviamenti ed esaltazioni. Per alcune infine lo stabilirsi del climaterio rappresenta una vera benedizione; cessano di fatto con esso le sofferenze di molte isteriche, nonchè i fenomeni (dolori, emicranie, emorragie, alterazioni psichiche), che in molte donne accompagnano costantemente la mestruazione.

Oltre a questi disturbi, che sono propriamente postclimaterici, è bene ricordare anche quelli preclimaterici. La funzione ovarica, di fatto, non cessa improvvisamente, ma ha bisogno di un certo periodo per entrare nello stadio di tranquillità; le ovulazioni divengono più rare, intervengono grandi pause nelle mestruazioni, le quali talvolta si avvicinano e si fanno profuse; ciò deriva dal fatto che non solo viene turbata l'ovulazione, ma anche la formazione e la retrogradazione del corpo luteo, donde emorragie atipiche. Tutti questi cambiamenti sono graduali; è certo che nella seconda metà del quarto decennio di vita la donna è meno feconda, pure essendo sana, ed incomincia quindi per essa una sterilità relativa. Nel climaterio si osservano inoltre congestioni ed altri fatti vasomotorî, cardiaci, psichici, dipendenti da diminuzione di attività del corpo luteo, la quale si manifesta anche prima che cambi il tipo della ovulazione.

Nella pratica medica si è spesso abusato della diagnosi di disturbi climaterici, che dobbiamo invece riserbare a quelli che sono in stretta dipendenza con la funzione ovarica; ciò vale specialmente per gli stati cardiaci, che verso i 50 anni possono osservarsi anche indipendentemente dal climaterio. Anche le emorragie del climaterio offrono materia a serie considerazioni diagnostiche per il sospetto di carcinoma; qualche volta solo il raschiamento a scopo diagnostico può dare una risposta decisiva. Indica piuttosto l'origine mestruale il fatto di esservi nei periodi intercorrenti delle congestioni, le quali scompaiono allo stabilirsi (o poco prima) della emorragia. In parecchi casi manca invece ogni sorta di disturbo.

Il medico che riscuota la fiducia della sua paziente può avere grande influenza sulla cura dei disturbi di cui essa soffre, specialmente di quelli psichici; egli deve soprattutto spiegare l'origine dei fenomeni e tranquillizzare l'inferma. Ciò non lo esime naturalmente dalla cura medicamentosa (valeriana, bromuri, canfora monobromata negli stadi di eccitazione sessuale) e delle pratiche idroterapiche. Di grande importanza per la terapia sono gli stati cardiaci; la donna, che prima non ne aveva mai sofferto, ne rimane assai impressionata; dopo avere escluso che si tratti di malattie cardiache vere e proprie, si daranno nervini, si applicherà la borsa fredda sulla regione cardiaca e si useranno blande cure idriche. In tali casi si sorveglieranno particolarmente le funzioni intestinali, poichè il meteorismo e l'innalzamento del diaframma agiscono in senso sfavorevole sul cuore.

Speciale menzione meritano gli stati di eccitabilità simpatica; anzitutto la congestione contro la quale il salasso ha indubbiamente un ottimo effetto, sebbene non possa consigliarsi in ogni caso; giovevole è pure l'idroterapia, fredda secondo alcuni, calda secondo altri; l'O. consiglia specialmente i bagni tiepidi con affusioni fredde alla schiena. Buoni risultati possono ottenersi con la teobromina e con i preparati analoghi (diuretina); anche il calcio abbassa l'eccitabilità del sistema nervoso e può associarsi con la teobromina o la diuretina e con piccole quantità di nitroglicerina. Poca fiducia mostra l'A. nell'organoterapia, che non ha corrisposto alle speranze, sia se fatta con i preparati di ovaio, sia con quelli di corpo luteo. Una forma speciale di organoterapia può considerarsi il trapianto dell'ovaio, che può farsi come autotrapianto, come omotrapianto (ovaio della stessa specie) o come eterotrapianto (ovaio di specie diversa), finora non tentato nella specie umana). Il trapianto ovarico può portare qualche utilità nel climaterio precoce (raggi X, castrazione) che provoca gli stessi disturbi che quello naturale, e tanto più notevoli quanto più la donna è lontana da quello naturale; comunque l'azione del trapianto non dura a lungo, ciò che deve quindi imporre il massimo conservatismo nelle operazioni ovariche.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

KLEMPERER FELIX. *Die Lungentuberkulose.* (Wien, Urban e Schwarzenberg, 1922. Marchi 1029.60).

Se quanto si riferisce alla semeiologia e all'anatomia patologica della tubercolosi polmonare è sino da tempi remoti in gran parte completamente conosciuto e descritto, esistono certamente questioni importanti che riguardano la patogenesi della tubercolosi polmonare, e in particolar modo la disposizione sia generale dell'individuo che particolare dell'apparato respiratorio, e che non ancora si possono dire completamente risolte. In questa seconda edizione della sua opera il Klemperer espone tutto quanto si riferisce a questi importanti problemi dedicando capitoli particolari alla disposizione, ed esponendo risultati numerosi di accurate indagini statistiche. Ampio svolgimento hanno i mezzi diagnostici con speciale riguardo all'indagine radiologica, e l'autore particolarmente si sofferma sull'importanza di una diagnosi il più possibile precoce e sui mezzi da impiegare per giungervi con sufficiente esattezza.

Uno speciale capitolo è dedicato alla cura della quale tratta dei mezzi igienici e dietetici, dei mezzi specifici, di quelli sintomatici, e infine della applicazione di mezzi chirurgici ed anzitutto del pneumotorace esponendone oltre la tecnica, le varie indicazioni e i vantaggi che si possono ottenere.

TR.

V. BOCK. *Die Friedmann-Methode;* con la prefazione di F. Jessen. Un vol. in-8, di pag. 157. Hirzel, ed. Lipsia, 1922.

È noto che il metodo Friedmann intende alla cura e profilassi della tubercolosi mediante l'iniezione di colture viventi di bacilli isolati dallo stesso Friedmann dalla tubercolosi della tartaruga. Tali bacilli, che non sono identici a quelli della tubercolosi degli animali a sangue freddo, sarebbero innocui per quelli a sangue caldo in cui determinerebbero una vaccinazione dell'organismo. Il metodo ha suscitato vivaci polemiche fra gli avversarî che hanno registrato insuccessi e danni diversi, ed i sostenitori entusiasti che citano perfino casi di individui con caverne, i quali dopo quattro anni di incapacità al lavoro sono tornati col rimedio Friedmann alle loro occupazioni normali.

Alla schiera dei sostenitori appartiene l'A., che in questo volume fa la storia del metodo, ne mostra i fondamenti biologici, ne descrive la tecnica e gli effetti e sa trovare la ragione di tutti gli insuccessi, che si comprende non debbano essere pochi quando si pensi che basta l'estrazione di un dente, la vaccinazione antivaiuolosa od una malattia intercorrente, per compromettere l'esito della cura. Nella seconda parte l'A. espone l'applicazione del metodo nelle singole localizzazioni della tubercolosi e chiude con statistiche favorevoli.

fil.

Doct. RAUL F. VACCAREZZA, FRANCISCO F. INDA, R. POSSE. *Tratamento del Carbunclo Humano.* Un vol. di 360 pag., 121 illustraz., una tavola. Buenos Aires, Córdoba. Spinelli, 1922.

Gli AA. riassumono, anzitutto, brevemente la storia della terapia del carbonchio discutendo il valore del siero specifico comparativamente al valore del siero normale e delle iniezioni di peptone usati in tale affezione. Descrivono poscia minutamente 43 osservazioni di carbonchio curati con peptone al 5 % in iniezioni quotidiane di 30 cc. intramuscolari fino alla remissione dei sintomi.

Secondo gli AA. le iniezioni di peptone danno risultati non inferiori a quelli ottenuti con siero specifico: è certo però che le statistiche apportate dagli AA. non sono fra le più convincenti; in esse infatti risulta una mortalità variabile dal 9-30 % (proteosoterapia) all'11.76 (sieroterapia specifica) al 20 % (sieroterapia aspecifica), cifre di molto superiori a quelle ottenute dagli altri osservatori Europei, specialmente italiani.

A parte ciò, il lavoro degli Argentini accurato, denso di osservazioni clinico-batterio-ematologiche apporta un notevole contributo così importante.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Convegno della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il 29 giugno u. s. si sono iniziati a Venezia i lavori del Congresso annuale della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi.

In assenza del presidente generale on. Paolucci, trattenuto in Roma da ragioni parlamentari di alta importanza, la presidenza è stata tenuta dall'on. prof. Maragliano; segretario il prof. G. Mendes di Roma.

Notati fra i presenti il prof. Sclavo, il prof. Abba di Torino, il prof. Vitali di Venezia, il prof. Sacchi, delegato dal Consorzio antitub. di Torino, il prof. Carpi di Milano, il prof. Caro ed il prof. Cicconardi di Napoli, il prof. Fagiuoli di Verona, il dott. Salvini dei dispensarii di Milano, il dott. Roatta del dispensario di Firenze, i proff. Vittorelli e Ghiglione di Genova, il prof. Lurà di Mantova, il prof. Gualdi ed il dott. De Pascalis di Roma, il dott. Nieddu dei tubercolotici trinceristi, il dott. Della Seta, direttore dell'«Italia Sanitaria», il dott. Bertolini, del Sanatorio di Prasomaso, il prof. Campani, del sanatorio di Cuasso al Monte (Varese), il dott. Novello, del Sanatorio di Ponton (Verona), il dott. Bocchetti, del Sanatorio militare di Anzio, il prof. Fici, del sanatorio Cervello di Palermo, il prof. Romano, del Consorzio antitubercolare di Verona, il prof. Fornario, del Dispensario di medicina immunitaria di Milano, il prof. Levi, dell'Istituto Nazionale di Igiene e Previdenza sociale, il prof. Sforza di Roma, il prof. Bellei di Bologna, Miss Turner di Firenze, il comm. Cristofanini di Livorno, il dott. Corsini di Siena, e molti altri.

Avevano inviate le loro adesioni, scusandosi di non poter intervenire il prof. Vittorio Ascoli, il senatore Pio Foà, il prof. Ronzoni, il prof. Signorelli. La Direzione generale di Sanità pubblica era rappresentata dal comm. prof. Massone, e quella militare dal maggiore med. Gallotti.

Dopo la relazione morale della Federazione, esposta dal segretario generale prof. Mendes, hanno avuto la parola i relatori, tra i quali il prof. Carpi, per lo svolgimento di una sua proposta di costituire in seno alla Federazione una speciale Commissione scientifica destinata a preparare anno per anno la discussione di temi scientifico-pratici di studio sulla tubercolosi; il prof. Fagiuoli, che ha trattato delle provvidenze per la tubercolosi di guerra in relazione con la tubercolosi civile; il dott. Ghiglione, che ha esposto un suo programma di lotta antitubercolare provinciale; il prof. Fici, che ha dissertato sulla funzione della pubblica beneficienza e la funzione dello Stato nell'organizzazione della lotta antitubercolare.

Importanti comunicazioni sono poi state fatte dal dott. Salvini sugli scopi e mezzi in atto presso il Comune di Milano nel campo della lotta antitubercolare, dal dott. Bertolini sui resultati ottenuti nel primo decennio di vita del Sanatorio di Prasomaso, e sulla cura di lavoro nei malati di tubercolosi del sanatorio stesso; dal dott. Fici, sulla lotta antitubercolare in provincia di Palermo, dal dott. Gatti sulle indicazioni dei sanatorii al monte ed al piano nella tubercolosi dell'apparato respiratorio; dal prof. Previtali, sul metodo di prevenzione della tubercolosi infantile negli Stati Uniti d'America; dal dott. Novello sul nuovo sanatorio di Ponton.

Alla discussione sui varii argomenti trattati hanno preso parte i signori Maragliano, Sforza, Fornario, Mendes, Vitali, Cicconardi, Roatta, Bocchetti, Nieddu, Carpi, De Pascalis, Campani, Levi, Lurà, ecc.

Il Convegno è stato chiuso da una conferenza del dott. Roatta, illustrata da numerose proiezioni, sull'evoluzione dell'idea sanatoriale ed il lavoro dei tubercolosi e da una interessante escursione in autoscafo alle varie organizzazioni antitubercolari della Laguna Veneta.

L'assemblea generale della Federazione ha rieletto come presidente l'on. Raffaele Paolucci, e come consiglieri il prof. Achille Sclavo, il prof. Arcangelo Ilvento, il prof. Guido Mendes ed il dott. Eschilo Della Seta. Sono stati votati, durante i lavori del Congresso i seguenti due ordini del giorno:

«La Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi, dopo aver sentito e discusso la relazione del prof. Fagiuoli sul riordinamento delle provvidenze per la tubercolosi di guerra in rapporto alla tubercolosi civile, considerando che la tubercolosi di guerra per la natura della malattia, per le sue cause, per i suoi effetti sulla società, richiede gli stessi provvedimenti di controllo, di profilassi e di cura della tubercolosi in genere, ritiene:

1° che le provvidenze assistenziali (dispensari, sanatori, ecc) costituiti o da costituirsi per i tubercolosi di guerra debbano servire indifferentemente per tutti i tubercolosi in genere, con precedenza, naturalmente, ai tubercolosi di guerra;

2° che sia necessario ed utile che ogni tubercoloso di guerra venga iscritto ad un dispensario antitubercolare civile (da designarsi dall'organo statale competente) che lo sorvegli, lo assista, lo indirizzi e tenga nota, *agli effetti della pensione*, delle manifestazioni evolutive del processo morboso;

3° che nelle istituende commissioni per la riforma tecnico-giuridica delle pensioni di guerra, nella parte riguardante la tubercolosi, sia rappresentata la Federazione Nazionale per mezzo dei suoi tecnici specializzati». (Fagiuoli-Cicconardi).

* * *

«La Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi, udite le relazioni dei proff. Fagiuoli, Ghiglione e Fici, fa voti affinchè la istituzione dei Consorzi provinciali antitubercolari, già contemplata dalla legge, non sia come ora devoluta alla autorità prefettizia, ma imposta per decreto statale». (Vitali-Mendes).

IX Congresso dell'Associazione professionale Dermosifilografi italiani in Perugia

(9, 10, 11 giugno 1923).

Si è riunito in Perugia, il 9 giugno u. s., nell'aula del Consiglio Provinciale, il IX Congresso dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Erano alla presidenza il presidente dell'Associazione prof. Vincenzo Montesano di Roma, i vicepresidenti prof. Truffi di Messina e prof. Verrotti di Napoli, il segretario prof. Terzaghi ed il cassiere-economo prof. Pecori di Roma. Tra i presenti i proff. Fiocco di Venezia, Pasini di Milano, Risso e Rebaudi di Genova, Cavalleri di Verona, Chiappini di Ferrara, Mazzolari di Cremona, Leidi di Brescia, Gallia di Torino, Cortona di Alessandria, Sberna di Firenze, Benini di Perugia, Pozzo di Udine, Carruccio, Sabella e Libonati di Roma. Il presidente prof. Vincenzo Montesano di Roma, nel dichiarare aperta la riunione, rivolse a tutti un elevato saluto ed un sentito ringraziamento per il loro intervento. Con nobili parole commemorò i compianti soci proff. Chirivino di Napoli e Fisichella di Catania, di cui ricordò i meriti di scienziati e di soci; alla loro memoria inviò un mesto saluto. Passò poi a rilevare l'importanza degli argomenti da discutersi e terminò bene augurando ai lavori del Congresso.

Seguirono gli applauditi discorsi di saluto del prof. Agostini a nome della Federazione degli Ordini dei Medici dell'Umbria, dell'avv. Oscar Uccelli, Sindaco di Perugia, e del ten. col. medico Mariotti Bianchi che recò l'omaggio della Sanità militare, la quale appunto attraverso l'opera scientifica degli attuali congressisti ha potuto prendere provvedimenti diretti a difendere il soldato dal contagio di infezioni.

Si comunicarono i telegrammi di adesione dei proff. Pini Piccardi e Ramognini di Torino, i quali scusarono la propria assenza; si ammisero come nuovi soci i proff. Sabella di Roma, Cotrone di Venezia, Fontana e Trossarello di Torino; si accettarono le dimissioni del prof. De Napoli di Bologna. Il prof. Montesano svolse una proposta circa l'adesione all'Associazione della Lega Internazionale per la profilassi delle malattie veneree, promossa a Parigi dalla Società Internazionale delle Croci Rosse. Comunicò al riguardo come il prof. Ettore Levi direttore dell'Istituto di propaganda d'igiene sociale di Roma, ha dichiarato di mettere a disposizione dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, per ragioni di competenza e con squisito senso di delicatezza scientifica e professionale, la nomina di vice-presidente conferitagli dalla suddetta Lega. Il prof. Montesano ricordò la proposta ventilata anni or sono nel precedente Congresso di Siena circa la necessità di far sorgere anche in Italia una Società Nazionale contro il pericolo venereo. In merito dopo i discorsi del prof. Carruccio e Libonati di Roma, Fiocco di Venezia e Sberna di Firenze si deliberò la nomina di una Commissione per la compilazione dello Statuto circa la costituzione di una *Società Nazionale contro il pericolo venereo.*

Il presidente Montesano espose quindi la relazione morale, illustrando l'opera della presidenza e le pratiche da essa espletate presso le Autorità e gli Enti statali. Il prof. Pecori di Roma fece un'ampia relazione finanziaria dell'Associazione, ed il Congresso approvò le due relazioni con un plauso ai professori Montesano e Pecori.

La laboriosa seduta si chiuse con un voto del prof. Fiocco di Venezia perchè nel Giornale della specialità venissero pubblicate notizie sui concorsi che spesso sono ignorati dalla classe.

***

Nella seduta pomeridiana si discusse sulla difficoltà incontrata da colleghi in alcune città, nel trovare alloggio per l'ostracismo dato da padroni di casa o Cooperative all'esercizio della specialità dermosifilopatica, e l'assemblea emise un voto di protesta, deplorando che per l'opera di tanti pseudo specialisti e ciarlatani venga gettato il discredito del pubblico sull'intera classe.

Il prof. Pecori di Roma riferì sul tema: «*Abolizionismo e regolamentazione della prostituzione*». L'oratore, premesso che si sarebbe occupato soltanto della regolamentazione riguardante l'Italia, illustrò brevemente tutte le disposizioni legislative e regolamentari emanate nella profilassi delle malattie veneree e sulla vigilanza del meretricio, dal 1888 ad oggi, cioè dal primo regolamento Crispi a quello ultimo del 25 marzo scorso. Enumerò i pregi delle disposizioni adottate dall'Italia e il carattere liberale e di massimo rispetto alla personalità della donna. Poichè lo scopo essenziale di tutte le nostre leggi, e dei nostri regolamenti è la tutela della salute, illustrò con quali mezzi liberali il nostro Paese vi provvede, dichiarando che se anche, dinanzi alla complessità delle cose, essi non raggiungano intieramente lo scopo che si prefiggono, ottengono senza dubbio resultati utili, mentre nulla oggi si otterrebbe in Italia con un abolizionismo completo, data la scarsa educazione igienica e sessuale delle masse. Riconoscendo pertanto tutta la idealità degli abolizionisti, dimostrò come tutti gli Stati, anche abolizionisti, abbiano dovuto adottare provvedimenti sanitari ed amministrativi per la difesa dalle malattie veneree anche ricorrendo a mezzi coercitivi che l'Italia ha sempre ripudiato.

Il prof. Vincenzo Montesano di Roma iniziò il suo dire rilevando come gli abolizionisti, perchè tali e contrariamente a quanto si crede, non sono affatto avversi alla profilassi antivenerea, esercitata se si vuole anche con i più rigorosi sistemi; si oppongono invece a quella profilassi unilaterale basata quasi unicamente sulla sorveglianza sanitaria del meretricio o sopra tutto sulle case di tolleranza riconosciute dallo Stato. Ma se il fondamento della profilassi di queste malattie, deve essere come tutti ammettono, la cura delle

manifestazioni contagiose cui esse danno luogo, l'oratore si disse persuaso che un regime liberale, nel quale il problema sanitario sia nettamente separato da quello morale e di ordine pubblico, indurrebbe più facilmente alla cura stessa le donne dedite ai liberi costumi, che non un sistema coercitivo. Concluse affermando i suoi principî abolizionisti e la sua fede in sistemi profilattici basati essenzialmente sulla educazione sessuale, sulla vasta propaganda antivenerea in ogni ordine di persone, e sulla più larga diffusione possibile dei mezzi gratuiti di cura.

Sull'argomento si accese un'animata discussione, cui parteciparono i proff. Pasini di Milano, Fiocco di Venezia, Benini di Perugia; i proff. Carruccio e Libonati di Roma; Verrotti di Napoli; Chiappini di Ferrara; Cavalleri di Verona; Risso e Rebaudi di Genova; Mazzolani di Cremona; Leidi di Brescia; Terzaghi di Roma, ed altri. Ogni deliberazione in merito venne rimandata all'esame del nuovo regolamento.

Nella seduta del giorno 10 corr. il prof. Fiocco di Venezia si occupò della elevazione ad Ente morale dell'Associazione; del premio Locatelli, del resoconto finanziario del lascito Locatelli, formulando proposte relative. Dopo osservazioni dei proff. Pasini, Truffi, Libonati, Cortona, Rebaudi e del prof. Montesano, si approvò, su proposta Pasini, la sospensiva, salvo ad indire subito il premio Locatelli per il 1924 ed impiegarne il capitale in buoni del Tesoro.

Nella seduta del giorno 11 si imprese poi l'esame dei *nuovi regolamenti sulla profilassi delle malattie celtiche* e *contro la tratta delle bianche*.

La discussione fu ampia ed importante; si emisero voti per la nomina del personale e posizione dei medici di fronte ai Comuni, perchè i medici visitatori, ed ispettori siano nominati con tutte le garanzie che regolano i concorsi in base al vecchio regolamento, ecc.

Il prof. Terzaghi di Roma, espose l'esito del *referendum* sul servizio nei dispensari celtici in Italia.

Il *referendum* fu indetto nell'estate scorso, diede scarsi risultati pratici, e la pubblicazione dei nuovi regolamenti ne fece perdere ogni valore.

Il prof. Truffi di Messina, con interessante relazione, sostenne la necessità della *visita dermatologica per i bambini che devono essere ricoverati* in istituti, collegi, colonie di cura, ecc. Le proposte del relatore vennero con un ordine del giorno approvate.

Esauriti tutti gli argomenti, dal dott. Benini, su proposta Mazzolari di Cremona, venne raccolta una somma per il Collegio degli orfani dei sanitari di Perugia. Si acclamò Venezia a sede del Congresso futuro mentre quello attuale si chiuse con ispirati discorsi dei proff. Truffi, Benini e del presidente Montesano.

R. TERZAGHI, *segretario*.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Presidenza: MARASSINI.

Seduta ordinaria del 10 febbraio 1923.

Sindrome del seno cavernoso da tumore dell'ipofisi (presentazione del malato).

G. BOSCHI. — Costituzione adenoidea con grossolanità acromegaloide della faccia e delle estremità. Caratteri vagotonici. Da un anno esoftalmo, edema palpebrale, iniezione congestiva della congiuntiva bulbo-palpebrale; tutto ciò bilateralmente, ma più spiccato a destra. Recentemente ha accusato un po' di nebbia alla visione. Non cefalea, non vere vertigini. Poliuria e pollachiuria, sempre esistite, accentuate negli ultimi tempi. Non turbe della adipogenesi, nè turbe sessuali affatto.

Campo visivo normale. Al fondo dell'occhio un po' di iperimia venosa, ma papilla netta e non emorragie. Nessun distanziamento dei denti.

Non glicosuria; un po' di leucopemia nel sangue. Wassermann negativa.

Data la bilateralità, la costituzione del soggetto, l'assenza di altra etiologia, l'O. diagnostica «trombosi del seno cavernoso da tumore della ipofisi». La radiografia conferma, mostrando ingrandimento cospicuo, della sella turcica e decalcificazione delle pareti e specie del pavimento.

Quanto alla natura: data la costituzione adenoidea del soggetto, la sede della affezione, l'innesto della sindrome nei caratteri morfofisiologici del paziente, l'O. ritiene si tratti di un adenoma.

L'O. ha indicato la radioterapia. Si ripromette di riferire.

Il tifo addominale nella patogenesi dell'utero piccolo (Comunicazione presentata dal socio prof. C. MERLETTI).

A. VIGNALI. — L'O. premette una opportuna distinzione tra le forme congenite e le acquisite di piccolezza dell'utero: alle prime deve essere riservata la denominazione di ipoplasie, mentre le seconde debbono considerarsi come distrofie secondarie a malattie discrasiche e tossi-infettive, sopratutto dell'età pubere e pre-pubere.

Osserva che l'ipoplasia congenita si inquadra in un tipo morfologico della donna, simile a quello che il De Giovanni delineò come *prima combinazione morfologica* e che è caratterizzata da concomitante piccolezza della pelvi del torace, del cuore e da peculiari individualità fisio-patologiche.

La patogenesi e la terapia di queste ipoplasie non hanno niente di comune con quelle distrofie secondarie ad altre malattie, che sono generalmente misconosciute e che, invece, interessa moltissimo riconoscere se si vuole istituire un trattamento razionale e proficuo.

L'O. ha ricercato la patogenesi di queste diverse forme su un larghissimo materiale clinico: 2610 casi di utero piccolo. Ha riscontrato che 693 si possono considerare congenite (26.5 %): 663 di origine

tubercolare (25,4%); 771 conseguenti a tifo (29,5%); 335 ad infezioni d'altra natura (17,8 %); 132 ad enterocoliti e 16 ad anemie gravi.

Risulta da queste ricerche che accanto alle forme congenite e tubercolari, nella patogenesi dell'utero piccolo, il tifo esercita un'influenza preponderante: la distrofia viscerale è conseguenza di processi infiammatorii sclerosanti, di turbe del circolo pelvico e sopratutto di endoarteriti accertabili nel miometro.

L'importanza di questa constatazione, non è soltanto dottrinaria, ma eminentemente pratica, perchè insegna al medico intermista che il suo compito non è finito quando l'acme del processo tifoso è scomparsa, ma che, nella donna, è sopratutto, dai 10 ai 20 anni.

Si deve continuare l'osservazione della inferma, per constatare la eventuale comparsa di segni di distrofia uterina (dismenorea, oligomenorea, omenoragie, sterilità) ed iniziare, subito, energiche cure ginecologiche intese ad ottenere l'assorbimento degli essudati recenti ed a migliorare il trofismo uterino, servendosi dei molti mezzi a ciò indicati e, sopratutto, delle correnti diatermiche, che sono di sicura ed incontestabile efficacia.

Seduta ordinaria del 3 marzo 1923.

Presidenza: R. TAMBRONI.

Etere e miscele eteree nella profilassi e nella cura delle infezioni peritoneali ed uterine.

C. MERLETTI. — L'O. impiega da 8 anni, una infusione di circa 50 gr. in ogni laparotomia ginecologica non asettica (2 decessi appena su 207 casi). I vantaggi di tale pratica si possono così riassumere:

1) limitazione massima dei drenaggi e sopratutto del drenaggio alla Mikuliez, di cui sono noti gli inconvenienti;

2) sterilizzazione del campo operativo in gran parte delle infezioni microbiche localizzate (conformemente alle ricerche bacteriologiche di Glimm e di Naujokos);

3) attenuazione dei dolori e della reazione peritoneale post-operativa.

Fin dal 1914, a scopo profilattico e curativo fa uso di una miscela eterea, alla quale ha dato il nome di «*Antisepticum*». Questa miscela è così composta: alcool a 60°, parti 1000; etere, parti 400; lisoformio 10.

Le rigorose esperienze compiute sullo streptococco, sullo stafilococco, sul bac. anthracis e sul bac. subtilis, dimostrano la straordinaria potenza microbicida di questa miscela, capace di uccidere le spore carbonchiose in meno di 3 minuti. Questa potenza è il risultato della azione sinergica dell'etere, coll'alcool diluito (il cui valore è dimostrato dalle ricerche di Epstein) e del lisoformio: usando i tre agenti separati l'azione bactericida è fortemente attenuata. Il largo esperimento clinico di questo metodo ne dimostra l'alto valore: in 570 aborti settici si ebbero 3 morte (delle quali ben 2 imputabili a perforazione criminosa dell'utero); nessun caso di morte su 4960 trattamenti di metriti, due decessi su 3782 aborti incompleti e zaffi di uteri puerperali; nessun decesso su 940 casi di interventi endo-uterini per lesioni patologiche diverse.

A. MARRASSINI. — *Osservazioni sulla morfologia delle emazie di alcuni mammiferi.* (Con dimostrazione di preparati).

Nuovo gastro-enterostato.

A. GHEDINI. — L'O. presenta un suo strumento che, offrendo i vantaggi degli enterostati accoppiati, non ne possiede i difetti; enumera i vantaggi, ne descrive l'uso e accenna a tutte le utili applicazioni.

Dott. E. PADOVANI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana

Sedute del 3 e 23 marzo 1923.

Presidente: prof. G. MODENA.

Le reazioni coliche di origine colecistica.

U. BACCARANI. — L'O., dopo avere brevemente riassunto le sindrome gastriche e quelle intestinali di origine colecistitica, riferisce intorno ad alcuni esemplari clinici, dei quali uno con reperto anatomo-patologico, nei quali la colecistite si esprimeva anche attraverso a una evidentissima reazione colica e cioè a scariche pseudodiarroiche in ogni attacco di colecistite. L'O. ritiene che queste reazioni coliche sieno funzione di un riflesso con punto di partenza dall'armatura nervosa della vescichetta biliare infiammata e punto di arrivo al colon: riflesso naturalmente a tipo vasomotorio con secondaria trasudazione sierosa, donde le scariche pseudodiarroiche.

La microscopia dell'occhio vivente.

MOTOLESE. — La lampada a fessura di Gullstrand combinata col microscopio corneale binoculare Zeiss-Czapski segna un'era nuova in oftalmologia, avendo creato una specie di *istologia dell'occhio vivente.* Essa si basa sul principio di illuminare con la maggiore possibile intensità un campo limitato del tessuto che si vuole osservare. Tale nuovo metodo di indagine porta alla formazione di giudizi nuovi delle più svariate affezioni oculari; senza dire che alcuni capitoli (ad es. quello del cristallino e del vitreo) sono destinati a subire una vera ricostruzione scientifica.

La lampada a fessura ed il microscopio corneale permettono, ad es., di vedere l'endotelio vivente della faccia posteriore della cornea; di seguire le fibre nervose normali della cornea fin nelle loro più

minuziose diramazioni; forniscono la prova anatomica dei residui della membrana vascolare fetale posteriore, del residuo dell'arteria jaloidea, dei vari tipi di struttura della trama del vitreo, ecc. La letteratura dell'argomento è ormai oltremodo ricca: affatto recentemente il Gallemartes rivelava una nuova applicazione dello apparecchio: non solo di diagnosticare, ma ancora localizzare un corpo estraneo intraoculare, in casi in cui il vitreo non si può rischiarare in alcun modo.

Il maraviglioso Atlante del Vogt (che ha tenuto il 1° corso di microscopia dell'occhio vivente, a Basilea, nel settembre scorso ed al quale partecipò lo scrivente) costituisce una guida indispensabile a chi voglia conoscere ed addestrarsi con questo nuovo metodo di indagine.

Al nuovo studio ha dato segnatamente impulso il Vogt sopraricordato ed inoltre Koeppe, che mediante un dispositivo speciale è riuscito ad osservare una parte del fondo oculare vivente.

L'apparecchio completo è a disposizione dei signori colleghi che abbiano interesse di prenderne visione a mezzo di dimostrazioni pratiche.

Un caso di meningite sierosa acutissima consecutiva a morbillo.

R. Fuà. — Dopo due giorni dalla guarigione di un morbillo tipicamente decorso in una ragazzina di 10 anni, improvvisa comparsa di temperatura a 40° con semi-incoscienza, adinamia, opistotono, Kernig e Trosseau, rallentamento del polso.

Una prima puntura lombare dette luogo alla fuoriuscita di 30 cmc. di liquido sotto fortissima pressione. All'esame microscopico-chimico: linfocitosi. Negativi Nonne-Appelt e Boeri, normale la riduzione degli zuccheri, normale il tasso dell'albumina. Dopo una seconda puntura lombare miglioramento dei sintomi obbiettivi e subbiettivi, in dieci giorni guarigione.

Sovra una complicanza non comune di una bronco-pneumonite.

F. Russi. — Riferisce intorno a un caso di bronco-pneumonite, a tipo migrante, di natura stafilococcica, nel quale, dopo un'apiressia di pochi giorni, si ebbe nuovo risveglio della febbre e poco dopo una orchiepidimite con vaginalite — a destra — con liquido limpido. Nel liquido della vaginale fu riscontrato, in coltura pura, lo stafilococco. Il Russi ritiene la complicanza testicolo-vaginale di natura ematogena e fa osservare, con la citazione della letteratura, la rarità del caso.

Su di un caso di asma anafilattico da noce vomica.

E. Fuà. — L'O., ricordati brevemente i nuovi studi su l'asma anafilattico da emanazioni vegetali o animali e su l'asma bronchiale alimentare, riporta un suo caso dove ha potuto dimostrare che la noce vomica era causa di un tipico attacco asmatico con abbondante eruzione di orticaria.

Dott. U. Salvolini.

Società dei Medici a Vienna.

(*Gennaio-Marzo 1923*).

W. Denk: *Sopra l'ulcera peptica digiunale dopo resezione totale dell'ulcera gastrica.* — I casi sono molto rari, ma nondimeno di grandissimo interesse per il chirurgo e l'internista.

Discussione: Schur propone il trattamento con grandi dosi di alcali per evitare l'iperacidità.

G. Singer crede, che non tanto l'iperacidità quanto piccole lesioni traumatiche del tronco dopo l'operazione sarebbero la causa dell'ulcera peptica.

Moszkowicz ha talvolta trovato delle molteplici ulcere microscopiche diffuse nell'intero stomaco.

Demmer. Anche le particolarità tecniche (della legatura, ecc.) potrebbero essere la causa dell'ulcera (Sed. del 19-I).

I. Finsterer. — *Ulcera peptica, sanata colla resezione radicale.* (Dimostr.). (Sed. del 5-I-1923).

Beck (Chicago). — Riferisce sopra il metodo radicalissimo americano di *operazione del cancro più esteso della mammella* con resezione totale del braccio superiore. (Sed. del 5-I-1923).

M. Engländer: *In tema: la questione del cloruro di sodio.* — Gli effetti quasi proteinici, osservati talvolta dopo infusioni di soluzione clorosodica fisiologica, vengono confermati da esami chimici, secondo i quali neanche il cloruro di sodio purissimo è una sostanza indifferente, visto che manifesta delle proprietà catalizzatrici sull'ossidazione del permanganato di potassio. (Sed. del 5-II).

Kugler: *Una nuova sistematica delle neurosi.* — Le neurosi si distinguono in sei complessi (neurosi di fatica, eccitazione, paura, ipocondria, depressione ed isterismo). L'etiologia può essere o somatica (con otto sottogruppi, tra i quali i varî disturbi dell'intestino e dei genitali sono di massima importanza) o psichica (anche divisa in otto sottogruppi). L'uso di questa classificazione è di grande vantaggio nella pratica. (Sed. del 5-I).

Kaspar: *Carcinoma in gravidanza.* — La paziente fu operata, sette anni prima, per carcinoma intestinale in gravidanza. Di nuovo in gravidanza, si trovò un altro carcinoma. Una simile osservazione fu fatta da Hochenegg.

Discussione: E. Freund menziona la mancanza di un acido dicarbonico nel siero delle gravide e dei carcinomatosi. Questa sostanza, regolarmente presente nel sangue normale, avrebbe il potere di distruggere le cellule carcinomatose in vitro.

A. Fraenkel suppone che nel caso dimostrato il carcinoma esistesse già prima della gravidanza.

Schnitzler farebbe in simili casi la castrazione, sulla quale Thaler non è d'accordo. (Seduta del 12-I).

Mülleder e Neuberger riferiscono sopra i loro risultati della *resezione dell'ulcera gastroduodenale perforata.* La resezione può avere buon successo al più tardi 21 ore dopo la perforazione.

Discussione: EISELSBERG e SCHNITZLER fanno anche dove possibile la resezione: la clinica HOCHENEGG preferisce la gastro-enterostomia. (Seduta del 26-I).

P. LIEBESNY: *Dell'influenza del jodio sul ricambio materiale.* — Durante il trattamento con jodio il ricambio può essere o invariato o rallentato o accelerato. Questa irregolarità della reazione si trova tanto nell'individuo sano quanto nell'ammalato. Perciò la cura moderna del morbo di BASEDOW con piccole dosi di jodio non deve essere fatta se non sotto l'accuratissima osservazione in ospedale. (Sed. del 9-II).

WAGNER-JAUREGG: *Intorno alla terapia e profilassi dello struma.* — La vecchia ipotesi sopra l'influenza dell'acqua potabile e quella delle infezioni per contatto non erano soddisfacenti. Riguardo alla nuova teoria, che il gozzismo venga causato da mancanza di jodio, l'O. rammenta che questa teoria fu già menzionata nel 1849 da PREVOST. Ma benchè questa opinione non sia ancora completamente fondata secondo le regole delle scienze, i risultati pratici della Svizzera col trattamento a minime dosi di jodio sono assai considerevoli, specialmente per la profilassi. In vista dell'endemia austriaca del gozzismo viene fatta la proposta, che il sale monopolizzato deve essere mescolato con minime dosi di jodio. (Sed. del 9-II).

W. FALTA: *La pressione arteriosa e l'insufficienza renale.* — I diversi sali, la loro concentrazione nell'organismo sono di massima importanza. La soppressione del cloruro di sodio diminuisce la pressione arteriosa. L'aumento della pressione nella insufficienza salinica viene calcolata quale processo compensatorio. Il sodio impedisce, il potassio ed il calcio aumentano la diuresi dei sali. Le cattive conseguenze della ritenzione del sodio e dei prodotti terminali del ricambio materiale vengono compensate dall'aumento della pressione arteriosa. Se questa compensazione non è più efficace, si manifesta la pletora.

Discussione: KAHLER: Le ipertonie si distinguono dalla loro genesi o dal centro vasomotorico o dalla periferia.

PAL ricorda la doppia innervazione (angiocinetica ed angiotonica) delle pareti arteriose. I reni non sono sempre partecipati nei casi di ipertonia.

NYIRI: Le correlazioni tra il ricambio del cloruro di sodio e la pressione arteriosa non sono tanto regolari come fu descritto da FALTA.

HECHT: Le esperienze pratiche affermano le opinioni di FALTA.

C. STERNBERG non crede alla genesi centrale dell'ipertonia visto, che quasi sempre si trovano delle lesioni anatomiche nelle arteriole renali.

A. STRASSER: Le nefriti sono la conseguenza dell'ipertonia. (Sed. del 16-II).

EPPINGER, L. v. PAPP, H. SCHWARZ: *Dell'asma cardiaco.* — La vecchia opinione di BASCH, che l'asma cardiaco è la conseguenza d'una rigidità dei polmoni e d'una insufficienza del cuore sinistro, non viene approvata. EPPINGER ed i suoi collaboratori hanno trovato, che la differenza della concentrazione dell'acido carbonico nel sangue arterioso e venoso nell'asmatico non è tanto grande quanto nell'individuo sano. Sembra che la velocità della circolazione specialmente nel sistema dei capillari, sia aumentata durante l'attacco. Forse la causa dell'attacco è una funzione lesa d'un centro cerebrospinale ipotetico, che regola la velocità della circolazione.

Morfina e legamento delle estremità sono gli unici rimedi contro gli attacchi.

Discussione: PORGES, STEJSKAL e GROSSMANN difendono la vecchia teoria di BASCH.

WENCKEBACH e M. STERNBERG confermano le osservazioni dell'O. (Seduta del 23-II).

L. HOFBAUER: *Un caso di «asma alimentare».* — Bisogna avere un grado di scetticismo sulle osservazioni fatte sopra le reazioni specifiche cutanee nei casi dell'asma bronchiale. (Sed. del 2-III).

L. MÜLLER: *In tema delle iniezioni di latte.* — I soliti aumenti della temperatura e le altre complicazioni dopo le iniezioni di latte sono causati da inquinamento con batteri e dalle loro tossine. Se il latte viene esattamente sterilizzato mancano questi incidenti. Gli effetti della terapia sono, a volte, assai buoni. (Sed. del 9-III).

Dott. ALFRED NEUMANN.

ERRATUM. — Nel resoconto al II Congresso dell'Associazione Naz. per l'Igiene, fascicolo 29, pagina 943, col. destra, dopo la linea quart'ultima è stata omessa la linea seguente:
gli insegnanti» è stato approvato ad unanimità.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

OTORINOLARINGOLOGIA.

Rino-faringe e affezioni dell'apparato respiratorio.

E. Sergent (*Paris Médical*, 20 gennaio 1923) premette che per il medico è importante non tanto saper fare la diagnosi differenziale fra le varie affezioni del rino-faringe, quanto invece lo scoprirne semplicemente, caso per caso, l'esistenza.

Indi l'A. passa in rassegna sinteticamente le principali nozioni di anatomia e di fisiologia del rino-faringe, mettendo in evidenza la azione protettiva di questo negli atti respiratorî.

Mediante la inspirazione a bocca chiusa la aria arriva alla trachea ed ai bronchi già convenientemente riscaldata e carica di umidità. Quando invece l'aria arriva, secca e fredda, direttamente nella trachea e nei bronchi, è facilmente causa di irritazione congestiva ed infiammatoria da parte della mucosa.

I *peli* situati nelle fosse nasali sono una protezione contro i corpi estranei grossolani, macroscopici; più all'interno le *ciglia vibratili* che tappezzano non solo la rimanente mucosa nasale, ma anche la mucosa di tutto l'albero respiratorio (ad eccezione di quella delle corde vocali), arrestano i corpi estranei microscopici, specialmente i microbi.

E pertanto ogni affezione che distrugga questi epitelî superficiali muniti di ciglia vibratili (come ad esempio la semplice coriza) vale a fiaccare questa difesa dell'organismo. Sono queste delle nozioni banali, ma che hanno fondamentale importanza nel determinismo della maggior parte delle malattie dell'apparato respiratorio.

Nel *cavo faringeo* poi la mucosa è ricca di elementi linfatici (sia come follicoli isolati, sia riuniti a costituire le *tonsille palatine* e *faringee*). Quivi avviene un continuo combattimento onde l'organismo si difende dai corpi estranei, siano essi puramente meccanici (polveri, ecc.), ovvero microbici. Di qui, congestione ed infiammazione di questi organi di protezione, con la possibilità di propagazione per continuità lungo l'albero respiratorio.

Questo fomite di infezioni è largamente favorito ed intrattenuto dalla presenza dei varî *seni* (seno etmoidale, seni frontali, seni mascellari). Questi seni sono dei veri e propri cul di sacco che si aprono nei varî tratti del cavo naso-faringeo per mezzo di stretti orifici, ed offrono pertanto la disposizione più favorevole alla persistenza ed alla cronicità della suppurazione.

Ed infatti le *sinusiti croniche recidivanti* sono molto spesso il punto di partenza di certe bronchiti croniche a «poussées» successive e recidivanti.

Bisogna poi tener presenti i varî *riflessi* della mucosa nasale, ossia:

a) lo starnuto;

b) la tosse nasale;

c) l'asma riflesso di origine nasale.

Da queste nozioni scaturiscono secondo l'A. tre ordini di conseguenze:

1) ogni ostruzione del rino-faringe, obbligando il soggetto a respirare per la via boccale, determina un disagio nella respirazione che può arrivare fino alla sindrome di *insufficienza respiratoria* totale o parziale;

2) l'irritazione congestiva ed infiammatoria del rino-faringe può estendersi alla mucosa della trachea e dei bronchi, dando luogo ad una *tracheo-bronchite discendente* passeggera o cronica recidivante, a seconda dei caratteri della rino-faringite che la determina;

3) infine le lesioni del rino-faringe possono avere per conseguenza la comparsa di accessi d'asma riflesso d'origine nasale, legato ad una particolare sensibilità della mucosa pituitaria, ed avente come punto di partenza il riflesso broncospastico, vaso-motore ed ipersecretorio.

Distinguendo poi dalle *bronchiti vere* o *essenziali* le bronchiti *secondarie* o *sintomatiche* (causate da stati particolari la cui sede iniziale è al di fuori dell'albero respiratorio), l'A. afferma che le prime si originano di regola da una rinite (Lasègue). Le seconde invece o si accompagnano a *malattie infettive* (morbillo, ecc.), o ad *intossicazioni* (gas asfissianti, ecc.), o ad *auto-intossicazioni* (gotta, uremia).

Del resto anche in queste ultime l'esame del rino-faringe non deve essere trascurato, potendo esso far presenti delle alterazioni notevoli (specialmente nelle bronchiti dei gottosi).

ALDO CARDARELLI.

Diagnosi e cura delle vegetazioni adenoidi nei bambini.

La diagnosi di probabilità di vegetazioni adenoidi viene facile di fronte ad un bambino con *facies* adenoidea. Allora, osservando se vi siano le granulazioni faringee e l'ammasso di muco dietro il velo pendolo, ed apprenden-

do che il bambino va soggetto a raffreddori, a bronchiti a ripetizione, ad otiti, che russa di notte, che tossisce, la diagnosi avrà molta verosimiglianza. Per accertarla occorre praticare l'esplorazione digitale che, in caso positivo, permetterà di riscontrare il classico ammasso più o meno spesso e molle che dà l'impressione di un gomitolo di vermi. La rinoscopia posteriore è assai utile e poco molesta, ma praticabile soltanto dallo specialista.

La prognosi in un adenoideo è sempre riservata, poichè, se le vegetazioni tendono a scomparire con l'età, possono rimanere alterazioni dell'orecchio medio ed interno (semisordità), respirazione boccale e le note lesioni somatiche a carico del torace ed apparato respiratorio. È quindi necessario istituire le opportune cure. Quando le adenoidi sono poco sviluppate, se manca l'*habitus* e la *facies*, se non esistono complicazioni otitiche nè speciali disturbi, si potrà tentare secondo L. Pollini (*Il Pensiero medico*, 2 giugno 1923) una terapia medica; questa consiste in una cura inalatoria con acque salso-jodiche (acqua di Salsomaggiore) mediante serie di 10-15 sedute a distanza di settimane e mesi, della durata da 10-15 minuti fino a 1/2-1 ora. Giovano pure le istillazioni con olio mentolato, adrenalina e cure generali jodiche od jodoarsenicali e la cura marina.

Con sintomi più evidenti o dopo l'insuccesso della cura medica, si ricorrerà all'adenotomia, che dà risultati tanto più brillanti quanto più è precoce; il ripristino però è parziale o tardivo se altre cause concorrono alla stenosi nasale.

Come controindicazioni all'adenotomia, si possono citare le malattie discrasiche od esaurienti, quali l'emofilia, il diabete la leucemia, la tubercolosi polmonare; l'operazione va differita quando vi siano in corso adenoiditi, forme acute dell'apparato respiratorio ed in tutte le malattie infettive; le complicazioni postoperative non sono frequenti e sono l'angina e la febbre di poca durata.

La cura va completata con la ginnastica respiratoria e con le cure mediche ricostituenti le quali, non esistendo più la causa morbosa, otterranno la massima efficacia.

A. Z.

Le amigdaliti fuso-spirillari croniche.

Oltre alla forma acuta di amigdalite, nota sotto il nome di angina del Vincent, l'associazione fuso-spirillare può determinare una forma cronica, interessante per le sue lesioni e per le infezioni secondarie che essa favorisce. Seguin, Bouchet e Logeais (rif. in *Presse médicale*, 26 maggio 1923) descrivono le lesioni anatomiche che si osservano in tale forma cronica, consistenti in distruzione progressiva dell'epitelio, ulcerazioni superficiali del tessuto linfoide ed inspessimento dell'epitelio pavimentoso, una vera leucoplasia di difesa; le spirochete, invece di penetrare in massa nel tessuto amigdalino, come nell'angina di Vincent, si portano solo nel tessuto linfoide senza arrivare in profondità.

Clinicamente si osserva una amigdalite lacunare ulcerosa in cui l'esame batteriologico rivela l'associazione fuso-spirillare, oppure sopra un amigdala normale, si vedono una o parecchie erosioni di grandezza variabile da un grano di miglio ad una lenticchia; esse costituiscono una porta d'entrata per le infezioni secondarie e dànno quindi origine ad attacchi di amigdalite.

Dal punto di vista eziologico si deve tener presente la coesistenza frequente di lesioni gengivali e la localizzazione amigdalina in seguito ad un'angina acuta banale. La terapia consiste in toccamenti con arsenobenzolo glicerinato e, nei casi di infezione tenace e profonda, nella amigdalectomia.

fil.

La tosse di origine naso-faringea.

Si manifesta talvolta come tosse grassa ad accessi ed è dovuta a cause meccaniche allorchè essa tende ad espellere del secreto purulento o muco-purulento dal naso o dal cavo o dal condotto laringo-tracheale affetto da catarro consecutivo a lesioni naso-faringee. Altre volte invece si ha una tosse secca, convulsiva, progressiva, di natura riflessa, dovuta ad eccitazione periferica, originantesi specialmente dal velo palatino o dalle fosse nasali e causata da una lesione (p. e. un polipo) del naso o da una particolare sensibilità della mucosa nasale; questa forma cede immediatamente dopo il trattamento della lesione riflessogena.

Le cause naso-faringee che provocano la tosse sono nei fanciulli specialmente le vegetazioni adenoidi, negli adulti la coriza mucopurulenta, l'ozena, la rinite ipertrofica, le malformazioni (particolarmente le deviazioni) del setto nasale e le annessiti croniche. Queste affezioni provocano ostruzione delle fosse nasali e si ripercuotono sul polmone e, nei giovani, anche sulla forma del torace; quando il secreto naso-faringeo viene deglutito, si aggiungono disturbi gastro-intestinali; l'infezione cronica poi si estende al laringe, alla trachea, ai bronchi con evoluzione torbida. A. Bloch (*La Médecine*, 1923, n. 4) richiama l'attenzio-

ne su questi fatti poichè trattasi spesso di individui magri, deboli che digeriscono male e resistono poco agli sforzi, in cui viene facilmente posto il sospetto di tubercolosi o si pensa allo stadio pretubercolare. A. Z.

Piosetticemie otogene.

Secondo Bruzzone (rif. in *Riforma medica*, 28 maggio 1923) la presenza di una otite media suppurativa in casi di setticemia deve richiamare l'attenzione come possibile punto di partenza dell'infezione generale.

Le forme cliniche della settico-piemia otogena sono due; l'una accompagnata da tromboflebite del seno laterale o di qualcuno dei seni peritemporali o della giugulare, l'altra diretta senza concomitante trombosi; gli agenti patogeni sono per lo più streptococchi ad esaltata virulenza. La sintomatologia è complessa; fra i sintomi generali si osservano brivido, febbre a 40°, sudori profusi, tumore di milza, polso frequente, *facies* ippocratica, colorito terreo, alito fetido, albumina nelle urine, stato generale profondamente alterato, talora anche sintomi cerebrali. I sintomi locali non hanno valore patognomonico; nella trombosi del seno laterale vi è dolore sul piano posteriore della mastoide, in quella dei seni petrosi, si hanno epistassi, accessi epilettiformi, fotofobia, paresi degli oculomotori, ptosi, esoftalmo, edema palpebrale; nella trombosi del seno cavernoso si ha edema palpebrale, accompagnato da esoftalmo e chemosi, in quella del seno longitudinale superiore, accessi epilettiformi e turgore dei vasi venosi sul cuoio capelluto.

La diagnosi è facile quando vi sono sintomi auricolari evidenti, alle volte però si deve escludere il tifo, la malaria, ecc.; il decorso è in rapporto con la virulenza del germe, la prognosi sempre riservata, la cura è chirurgica e specifica; buoni risultati si sarebbero ottenuti con la vaccinoterapia. A. Z.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Lo studio del bilancio tossico (con speciale riguardo alle nefropatie).

In una serie di ricerche L. Condorelli (Atti dell'Accademia Gioenia, Catania, 1923), studia il bilancio tossico dell'organismo umano, specialmente delle nefropatie, tenendo conto della gravità dell'intossicazione da un lato, dall'altro della validità dei mezzi difensivi. L'A. si è fondato su quanto è già ben noto riguardo alla colesterina e suoi eteri, ai saponi e agli acidi grassi. Per bilancio tossico l'A. intende designare il rapporto esistente tra l'entità dell'intossicazione e la validità dei mezzi di difesa messi in opera dall'organismo. Nello studio di tale bilancio l'A. abbandonando la valutazione dell'urotossia del Bouchard (teoria del resto tramontata da tempo) si rivolge allo studio della colesterina e dei suoi eteri, la cui azione biologica può essere riassunta nelle due proposizioni seguenti:

1) la forma biologicamente attiva della colesterina è quella eterificata;

2) la colesterina spiega una potentissima azione antiemolitica ed antitossica.

Contro qualsiasi causa tossica l'organismo reagisce sempre versando in circolo degli eteri colesterinici, mercè una iperattività delle capsule surrenali.

Per misurare poi l'entità dell'intossicazione Condorelli si vale degli acidi grassi, il cui tasso aumenta nel sangue se il metabolismo è per una causa qualsiasi alterato, per valutare il rapporto: colesterina totale e acidi grassi più saponi liberi, rapporto il quale si abbassa se i processi catabolici dell'organismo hanno il sopravvento.

Studiando tale rapporto lipoideo nei nefropatici si ha un indice esatto del bilancio tossico loro: le variazioni del rapporto lipoideo sono parallele alle variazioni dell'indice antiemolitico urinario, giacchè rappresenta il rapporto in cui nelle urine stanno gli eteri colesterinici con gli acidi grassi. Esso indice antiemolitico, come risulta dalle numerose ricerche fatte dall'A., si è rivelato un buon mezzo di sostituzione al rapporto lipoideo, per lo studio del bilancio tossico nei nefropatici ed in alcuni casi di malattie acute da infezione, facendo alcune riserve per le nefrosi con degenerazione lipoidea, nelle quali le ricerche dell'A. non sono state portate ancora.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Esami per medici di bordo. — Ai dottori P. F da Ficarra, abb. n. 4735, abb. n. 8034-1, abb. n. 5096:

Si è data notizia della prossima sessione di esami nel fasc. 28, p. 917. Per la preparazione consigliabile sotto ogni riguardo è: BELLI (*C. M.*), *Igiene Navale. Manuale per medici di bordo.* 2ª edizione. Milano, Società editrice libraria. M. COLLINA.

Al dott. N. I. da R.:

Non esiste, ancora, in Italia, un periodico dedicato esclusivamente all'Urologia. Nell'ottobre u. s. la Società Italiana di Urologia ricostituitasi nuovamente dopo la guerra, decise di assegnare a questa specialità una parte di uno dei giornali scientifici che andassero per la maggiore, e non passerà molto tempo che questo voto emesso unanimemente, diverrà cosa reale.

E. M.

All'abb. n. 1844-(I):

Consulti la rivista sintetica su *Le sindromi parkinsoniane* pubblicata nella Sezione pratica del « Policlinico », n. 4, 1922. *dr.*

Sulla cura del sonniloquio. — Abb. 2182.

Consulti l'eccellente volume del Romagna Manoia su *I disturbi del sonno e loro cura*, edito in Roma dalla Casa Editrice cav. Luigi Pozzi.

dr.

All'abb. n. 1800:

Un volume che tratta ampiamente della lombaggine, sciatica, mialgie, neuriti ed affini è quello di Llewellyn e Jones con il titolo *Fibrositis*, pubblicato a Londra dall'Editore Heinemann. *dr.*

VARIA

Medici ciarlatani e ciarlatani medici.

Il prof. Andrea Corsini ha pubblicato con questo titolo uno studio storico-critico molto interessante, di cui abbiamo già dato un cenno (fasc. 9, pag. 279).

Su l'argomento molto si è scritto e parecchi volumi sono stati pubblicati all'estero, specie in Francia. Mancava un lavoro che desse la storia del ciarlatanismo italiano e ne indicasse le peculiari caratteristiche. Il libro del Corsini colmando questa lacuna ha destato il più vivo interesse.

L'autore fa una fine analisi dei fondamenti naturali del ciarlatanismo e mette in evidenza come esso risponda ad un istintivo bisogno dell'animo umano.

L'uomo ammalato sente prepotente la necessità di sperare nella guarigione, questa necessità lo spinge ad avere fiducia in tutti ed in tutto. Da ciò il sorgere e lo svilupparsi del ciarlatanismo, che è vecchio come la malattia.

Le malattie sono la più tremenda piaga dell'umanità, nè v'è desiderio più forte di quello, che prova chi soffre, di vedere cessare le proprie sofferenze. E ben sa sfruttare questo desiderio, questo bisogno, il ciarlatanismo che è stato un fungo parassita di tutte le epoche, di tutte le civiltà.

Esso prosperò rigoglioso in Oriente, in Egitto, in Grecia, in Roma.

Gli dei erano riconosciuti per gli autori di tutte le malattie ed anche di tutte le guarigioni; donde invocazioni, sacrifici, incubazioni, espiazioni. Alle pratiche religiose si unirono le formule magiche ed innumeri cerimonie che se avevano un'indubbia azione suggestiva si prestavano meravigliosamente al ciarlatanismo.

Presso Assiri, Babilonesi e Caldei vi erano in grandissima quantità incantatori, astrologi, indovini e negromanti. Nell'antico Egitto medicina, religione, superstizione formavano un tale miscuglio per cui riesce difficile fare una netta distinzione tra medicina e ciarlatanismo: certo non mancava chi speculava sull'altrui salute.

Nella Grecia antica il ciarlatanismo prosperò all'ombra dei tempi di Esculapio, dove la medicina si confondeva con la religione; la terapia consisteva in pratiche propiziatorie, nelle quali giuocava gran parte la frode da parte dei Sacerdoti, o in erbe ed intrugli le cui formole venivano dettate dalla divinità con trucchi ed apparati tecnici di non scarso effetto suggestivo.

Roma nelle varie fasi della sua storia re-

pubblicana ed imperiale fu invasa da ogni specie di ciarlatani. Ne erano piene le vie e non mancavano quelli che vendendo sostanze medicinali di varia specie esibivano dei serpenti per mostrare agli eterni babbioni la potenza dei loro rimedii. Speciale rinomanza avevano quelli venuti d'Oriente, specialmente i Caldei ed i Babilonesi, i quali, ad esempio, guarivano la gotta mettendo intorno all'arto malato una pelle di leone recentemente scorticato, cui era attaccato un dente di donnola; oppure facevano espellere il veleno della vipera sospendendo alla parte morsicata una pietra tolta alla colonna funeraria di una giovane defunta. Invano Cicerone combatteva la divinazione, la pretesa importanza dei sogni. La magia, come ogni senso di superstizione, avevano troppo profonda radice nell'animo dei romani. Solo sotto gl'imperatori cristiani si cominciò a comminare pene severe contro la turba dei negromanti e dei matematici, nome col quale si designavano gli astrologi. E Leone II stabilì la pena di morte contro chiunque osasse ricorrere a malefici, anche se questi restituissero la salute.

Nel medio evo la medicina magica e l'astrologia raggiunsero il maggiore sviluppo, e la ciarlataneria assunse le forme più volgari e più audaci. I ciurmatori, i ciarlatani, i cerretani, i saltimbanchi non si contano più.

Più tardi i medici, quelli patentati, cominciarono ad avere maggior credito su i ciarlatani, ma finirono per assumere il contegno di questi e ad usare i loro espedienti.

La sontuosità delle vesti, la ricchezza del treno con cui procedevano per le città, la pomposità delle forme e del linguaggio, la solennità dei loro discorsi, il mistero con cui circondavano le cure li fece discendere a livello dei ciarlatani ed ispirò a Molière la satira atroce.

Tra questo genere di medici ciarlatani gli italiani più noti furono Tommaso Giannotti, Alfonso Ceccarelli, Leonardo Fioravanti, Giuseppe Francesco Borri, uomini d'ingegno ed anche di cultura, che sacrificarono al guadagno la probità e la dignità professionale.

Il secolo decimottavo, il secolo di Lancisi e di Morgagni, non vede diminuiti i ciarlatani. In mezzo al numero stragrande di volgari ciurmadori che vendevano per le strade e per le piazze la salute al popolo, si distinsero avventurieri di più alto bordo che servendosi della cabala, della magia o di ogni più strano mezzo ingannavano la migliore società proprio quando la dottrina materialista andava infiltrandosi nello spirito di tutti. La facilità con la quale i più grandi imbroglioni poterono trovar credito, mostra la straordinaria suggestibilità che possedette il secolo dei razionalisti.

Due italiani tennero il primo posto, Giuseppe Balsamo, palermitano, e Giacomo Casanova, veneziano. Tutti e due ebbero l'ingegno pari all'immoralità.

Giuseppe Balsamo, che si conferì il titolo di Conte di Cagliostro, fu certo il più audace. Visse in dimestichezza con la migliore aristocrazia di Francia e di Italia, penetrò nelle corti, fu onorato da accademie, vivente ancora gli si eressero busti, la sua effigie fu incisa nelle pietre preziose, in ogni città era accolto con feste pubbliche e con cortei. Vendeva polveri e pomate atte a rendere fresca la pelle delle donne, a ridare vigore agli uomini esauriti. La sua specialità che gli fu più proficua fu l'elixir di lunga vita capace a mantenere o di ridare la giovinezza. Diceva che egli stesso e la moglie avevano parecchi secoli di vita e si mantenevano giovani grazie all'uso del prezioso elixir.

Nel 1800 l'Italia dette ciarlatani di minore ingegno e di minore audacia, quali Niccolai, Belli, Trentuno, Bennati, Tofani e Regina Dal Cin.

Ai nostri giorni il ciarlatanismo se ha mutato forma e mezzi vive sempre vita prospera.

L'umanità attraverso i secoli non cambia che nella forma; l'essenza e la natura sua rimangono presso che immutate con i loro pregi ed i loro difetti.

La scienza medica nel suo affaticarsi ansioso nella ricerca dei mezzi che valgano a lenire le sofferenze dell'umanità appresta nuovi mezzi ai nuovi ciarlatani.

Non più erbe, polveri, elixir; ma sieri, vaccini, vitamine, prodotti endocrini.

Non più la piazza o la strada per accreditare il prodotto, ma la conferenza o il giornale.

Oggi, scrive il Corsini, abbiamo la medicina per piccola posta. Accanto alla posta amorosa e mondana, accanto agli avvisi di compra e vendita e di domanda di impiego, si trova il consiglio medico. Ed hanno ed avranno un bel da fare i giornali professionali, gli ordini dei medici ed i congressi federali! Finchè vi sarà chi avrà necessità di alleviare i proprii dolori, non mancherà chi, medico e non medico, cercherà di trar vantaggio e far danari alle spese di questi deboli della vita; ed esso a tal fine si varrà di ogni mezzo, dai buffoni che una volta accompagnavano i cerretani, fino alla « piccola posta » che permette ai giornalisti di spacciar maggior numero di copie e ad alcune ditte di raccomandare agli ingenui lettori certi speciali prodotti.

È questo l'ultimo portato della ciarlataneria.

abbo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Esercizio nel Regno dei Sanitari italiani laureati all'Estero.

Con Decreto Ministeriale del 27 maggio u. s., pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 5 luglio, ed in esecuzione dell'art. 2 del Regio Decreto-legge del 22 marzo 1923, n. 795, sono state determinate le modalità per la presentazione, la documentazione e l'esame delle istanze pel conseguimento dell'autorizzazione definitiva all'esercizio professionale nel Regno da parte dei Sanitari, laureati o diplomati all'Estero, e rimpatriati o rifugiati in Italia per effetto ed in conseguenza della guerra.

Con altro Decreto Ministeriale in corso viene però prorogato dal 15 luglio al 1° ottobre p. v., il termine massimo entro cui le predette istanze con i documenti relativi devono farsi pervenire al Ministero dell'Interno.

Istruzioni ministeriali per l'applicazione delle norme eccezionali circa la revisione degli organici.

La *Gazzetta Ufficiale* del 12 luglio, n. 163, pubblica il testo di una circolare, senza data, diretta ai Prefetti dal Ministero dell'Interno per delucidazioni circa l'applicazione del noto decreto 27 maggio 1923, n. 1177, che fu da noi largamente illustrato nel fascicolo 28 di questa rivista.

Riassumiamo ora le parti più notevoli delle istruzioni ministeriali, avvertendo che i criteri esposti dal Ministro, autorevolmente in ogni caso, sono efficaci per le autorità dipendenti, cioè per i Prefetti e le Giunte Provinciali amministrative, ma non vincolano gli organi giurisdizionali, i quali sono liberi di interpretare diversamente le norme del decreto.

La Circolare ripete, anzitutto, che la revisione ha lo scopo di ridurre il numero dei posti e del personale e gli stipendi, in rapporto alle condizioni finanziarie dell'ente, alle esigenze dei servizi e alle attribuzioni affidate al personale: «l'istituzione di nuovi posti di «organico ed ogni nuovo miglioramento eco«nomico devono quindi essere recisamente re«spinti».

Avvertiamo però che questa conseguenza così nettamente fissata dal Ministero non può che riferirsi alla revisione eseguita in forza e a norma del citato decreto; rimangono tuttavia ferme le disposizioni comuni della Legge, che non sono nè abrogate nè sospese così per la determinazione dei maggiori bisogni, come per gli stipendi.

«La revisione, soggiunge la circolare, ri«guarda non soltanto le retribuzioni fisse e «normali, cioè gli stipendi, *ma anche gli asse«gni di qualsiasi specie*, espressione assai lar«ga, nella quale devesi ritenere compresa qua«lunque altra retribuzione, compenso, asse«gno, sia pure di carattere straordinario, ec«cezionale, personale o temporaneo e quindi «anche la prima e la seconda indennità caro«viveri. Pertanto, qualora le amministrazioni «credano di continuare la corresponsione del«le indennità al loro personale (corresponsio«ne che non potrà mai essere imposta data «la natura della spesa) dovranno almeno ri«durre l'ammontare — ove li abbiano supe«rati — entro i limiti fissati per il personale «governativo, salve bene inteso le ulteriori ri«duzioni cho potessero risultare necessarie in «rapporto agli elementi indicati nella lett. *a*) «dell'art. 1 del decreto e principalmente alle «condizioni finanziarie dell'ente. Più special«mente l'indennità dovrà essere ridotta per «quegli impiegati che non dànno tutta la loro «attività a favore dell'amministrazione».

Dice poi la circolare che non si può ammettere un *diritto* dell'impiegato a compensi straordinari, poichè l'art. 105 del regolamento comunale e provinciale ne rimette la *facoltà* al Comune, nè un diritto a compensi «per la ri«nunzia al congedo annuale, il quale (*ecce«zione fatta per il personale sanitario*) non «costituisce un diritto dell'impiegato ma un «beneficio il cui godimento è subordinato alle «esigenze del servizio».

Bisogna però avvertire che non si può considerare *compenso straordinario* la retribuzione che è dovuta per prestazioni alle quali il sanitario, per es., non è obbligato nè per Legge nè per capitolato. Il compenso straordinario facoltativo riguarda l'eventuale maggior lavoro, ma per prestazioni obbligatorie inerenti all'oggetto specifico del rapporto d'impiego. La circolare tratta poi, particolarmente, dei sanitari.

«Speciale attenzione richiede la posizione «del personale sanitario. Con la trasforma«zione delle condotte piene in residenziali i «Comuni avrebbero dovuto o ridurre notevol«mente il numero delle condotte o riunirsi in «consorzio, raggiungendo una notevole eco«nomia di spese. Viceversa le condotte tra-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

« sformate sono rimaste immutate nel nume-« ro e le retribuzioni del personale sanitario « hanno nel contempo raggiunta una misura « eccessiva, in quanto che allo stipendio vero « e proprio si sono aggiunti numerosi com-« pensi od assegni speciali (supplemento di « assegno secondo il numero dei poveri, in-« dennità di cavalcatura, di malaria, di catti-« va residenza; di supplenza, di epidemia, ob-« bligo del Comune di assicurare il personale « contro gli infortuni, ecc.). *Su questa materia « devono l'azione tutoria delle Giunte Provin-« ciali Amministrative e quella surrogatoria « dei Prefetti, esplicarsi con maggiore energia. « Le condotte devono essere diminuite e le in-« dennità o compensi speciali devono essere « eliminati o notevolmente ridotti* ».

La circolare generalizza troppo, forse in vista di casi isolati o, comunque, non numerosi. La indennità di cavalcatura non è che un rimborso di spesa; la trasformazione della condotta piena in residenziale è spesso soltanto nominale, perchè gli amministratori, per ovvie considerazioni di opportunità anche elettorale, sono tratte a compilare con larghezza l'elenco dei poveri e il medico è disarmato di fronte a questi eccessi: delibera la Giunta e, in sede di reclamo, provvede il Consiglio Comunale; al medico non rimane che il rimedio del sindacato di legittimità, assolutamente inutile nel caso in esame; in queste condizioni, il sistema dell'aumento dello stipendio-base, proporzionalmente al numero dei poveri, oltre un dato minimo, è un freno ed è una garanzia di giustizia. Si devono considerare d'altra parte le esigenze delle condotte disagiate per condizioni topografiche, per difetto di risorse economiche, per malaria e altre circostanze.

La economia è giusta e doverosa, ma una eccessiva preoccupazione delle esigenze economiche degli enti locali, potrebbe pregiudicare il servizio di assistenza sanitaria, che è attuazione del primo e più importante dovere dello Stato, e sacrificherebbe tanti professionisti che, ignoti o malnoti, compiono in condizioni difficili un dovere umano, aspro e duro.

Non si può generalizzare in questa materia; non è possibile stabilire criteri uniformi; ma, caso per caso, con saggezza, si devono considerare le situazioni concrete per raggiungere sì il fine della economia, senza però pregiudicare il servizio e le giuste esigenze dei sanitari che, dopo tanti anni di studi e di rinunzie, dedicando all'esercizio professionale tutte le loro energie, hanno diritto di vivere con agiatezza.

La circolare commenta anche la disposizione dell'art. 1, lett. *b*, concernente le pensioni; salve ed impregiudicate le disposizioni legalmente approvate prima del regolamento del 1899, sono nulle di diritto quelle posteriori che stabiliscono a carico dell'ente un trattamento di riposo più favorevole di quello dei funzionari statali; sicchè, in tal caso, il trattamento di pensione deve essere ridotto entro i limiti di quello stabilito per gli impiegati dello Stato. Ma la circolare esamina anche un punto assai delicato e, secondo noi, controverso.

« Il Regio decreto, mentre dichiara la nul-« lità delle disposizioni di pensione più favo-« revoli di quelle del personale governativo, « tace invece delle liquidazioni di *pensione già « deliberate ed approvate* in base alle dispo-« sizioni anzidette. Nulla essendo pertanto in-« novato al riguardo alla disposizione dell'ar-« ticolo 164 del regolamento per l'esecuzione « della legge comunale e provinciale, i signori « Prefetti *dovranno denunziare per l'annullamento di ufficio le relative deliberazioni*, spe-« cialmente quando si tratti di pensioni molto « elevate, come ne furono assegnate in questi « ultimi anni ».

Si tratta, in altri termini, di ridurre le pensioni già liquidate a carico degli enti locali; come il Ministero stesso riconosce questa ipotesi non è prevista nel decreto; si dovrebbe, perciò, provvedere all'annullamento di ufficio, in forza del potere straordinario attribuito al Governo del Re in confronto dei provvedimenti e delle deliberazioni che contengano violazioni di legge o di regolamenti. Dubitiamo della legittimità dell'uso di questo potere nel caso in esame: l'argomento merita ampia e speciale trattazione; ci limitiamo, perciò, in occasione di questa nota informativa, ad una semplice riserva.

Espone poi la circolare l'*ordine* che si deve seguire agli effetti della dispensa del personale in soprannumero. I criteri in essa fissati coincidono con quelli che noi esponemmo con la nota illustrativa del decreto (*Policlinico*, fasc. 28). « Prima il personale avventizio, poi « quello con nomina regolare che si trovi tut-« tora nel periodo di prova ed indi quello che « abbia conseguita la stabilità ».

« Nel procedere alle dispense occorre aver « presente la necessità di conservare in ser-« vizio il personale migliore sotto ogni rap-« porto, dal quale l'amministrazione possa at-« tendere maggiore rendimento; all'uopo gio-« vano specialmente le disposizioni dell'arti-« colo 304 del R. D. 25 gennaio u. s., n. 89, a « norma del quale dovrà anzitutto essere di-

« spensato il personale che, per motivi di sa-
« lute o per incapacità, risulti inabile al ser-
« vizio o dia scarso rendimento di lavoro e
« quello che abbia raggiunto i limiti di età e
« di servizio. Si richiama poi particolarmente
« l'attenzione dei signori Prefetti sulla prefe-
« renza che il R. decreto accorda per la con-
« servazione del posto alle categorie di perso-
« ne indicate dall'art. 3 del R. decreto 28 gen-
« naio u. s., n. 153, e specialmente ai mutilati
« e invalidi di guerra, ed agli ex combattenti
« feriti o decorati o che abbiano prestato ser-
« vizio presso reparti operanti; la posizione di
« dette persone dovrà essere considerata con
« ogni riguardo ».

Ritiene il Ministero che la facoltà surrogatoria non esclude quella tutoria della G. P. A. alla quale rimangono soggette le deliberazioni che, per la revisione dei regolamenti e delle tabelle organiche, le amministrazioni siano per adottare; « tale competenza tutoria deve « esplicarsi nei modi normali stabiliti dalla « legge Comunale e Provinciale e cioè appro- « vando o disapprovando — con la procedura « ivi prescritta — le deliberazioni stesse: sub- « entra la competenza surrogatoria, la quale « per la materia è deferita esclusivamente al « Prefetto, previo il parere dell'Intendente di « finanza, quando le amministrazioni non ab- « biano provveduto o, pur avendolo fatto, ab- « biano adottato provvedimenti inadeguati ».

Ma se così è, cioè se rimane salva la funzione di tutela normale, per la riforma dei capitolati sanitari deve essere sentito anche il parere del Consiglio Provinciale sanitario.

Noi segnalammo già il dubbio che il Ministero risolve ora nel senso della necessità dell'approvazione tutoria; in vista delle maggiori garanzie che ne derivano, siamo lieti di questa risoluzione quale che sia l'opinamento personale nostro secondo i termini del decreto e lo stretto diritto.

La circolare esamina in fine l'art. 3, relativo al trattamento da concedersi al personale dispensato dal servizio; a tale riguardo non sembrano necessari altri chiarimenti all'infuori dell'avvertenza che nella liquidazione della pensione od indennità a favore dei funzionari che ne abbiano diritto a carico dell'ente dovranno essere applicate, se del caso, le limitazioni di cui alla lett. *b* dell'art. 1, circa la misura della pensione.

Ai sanitari iscritti alla Cassa di previdenza non può essere corrisposto alcun maggiore assegno a carico dell'ente, fatta eccezione per quello fissato nella seconda parte dell'art. 3 del decreto.

QUESTIONI PRATICHE.

XLVIII. — Se ed in quali casi siano efficaci speciali accordi formati fra libere associazioni ed enti circa le norme di nomina.

Fra la Sezione torinese dell'Associazione nazionale dei medici ospedalieri e il Presidente dell'Ospedale di S. Giovanni erano stati stabiliti speciali accordi circa le forme e le modalità da osservarsi nei concorsi al posto di medico presso l'Ospedale medesimo.

Fu dedotta, innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato, la violazione delle norme risultanti da tale concordato, ma, con decisione 25 maggio 1923, n. 575 — ric. Mantelli ed altri c. Ospedale di S. Giovanni di Torino — la IV Sezione ha dichiarato che « a prescindere dalla questione sul carattere giuridico e sui poteri dell'Associazione nazionale dei medici ospedalieri, il Presidente dell'Ospedale non poteva da solo impegnare l'ente morale da lui rappresentato, mentre per costituire una norma da osservarsi obbligatoriamente dall'Opera Pia, occorreva formale deliberazione dell'ente da approvarsi a norma di legge ».

Siffatta risoluzione è indubbiamente corretta, essendo evidente che il Presidente di una istituzione di pubblica beneficenza non può modificare statuti e regolamenti o aggiungere disposizioni normative, senza che la legittima rappresentanza dell'ente deliberi in conformità della legge. Ma si può aggiungere che, verificandosi questa ipotesi, la norma deriva la sua efficacia non dal concordato, ma dalla manifestazione di volontà dell'ente, considerata come atto autonomo e, per sua natura, revocabile, come ogni atto amministrativo, salvo che si sia formato il diritto del terzo: per es., nel caso che un concorso sia bandito sotto l'impero delle norme stabilite dall'ente o per iniziativa propria o in relazione ad intese corse con i rappresentanti di una associazione libera.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Siamo informati che il XVII Congresso Nazionale dei Medici Condotti avrà luogo in Trieste nei giorni 17-21 settembre c. a. I giorni 17, 18 e 19 settembre sono riservati alla discussione degli importantissimi temi posti all'ordine del giorno. I giorni 20 e 21 settembre sono invece destinati a gite nei dintorni (Pola, Grotte di Postumia, ecc.).

La nuova costituzione del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Il Servizio Sanitario Centrale presso la Direzione Generale è stato trasformato in Ufficio Centrale Sanitario ed aggregato al Servizio Personale ed Affari Generali, dal quale amministrativamente dipende.

Gli uffici periferici sono denominati Ispettorati sanitari, con sede nelle sedi delle Direzioni Compartimentali ed a Verona, Trento, Pisa, Salerno, Foggia e Taranto. Tutti gli Ispettorati dipendono direttamente dall'Ufficio Sanitario Centrale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Assistente nella Sezione Medica. Scad. 15 agosto. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — A tutto 15 agosto. Vedi fasc. 30.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — A tutto il 29 ag. ore 13. Chirurgo direttore dell'Ospedale. Vedi fasc. 30.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — I concorsi ai posti di Dirigenti, Vice-dirigenti di Ambulatori, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

ROCCASECCA DEI VOLSCI (*Roma*). — Scad. 10 ag. L. 8600 oltre L. 200 arm. farm. e L. 300 quale uff. san.; due c.-v.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domanda e documenti entro il 15 ottobre. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Un assegno di perfezionamento per l'interno, di L. 6000, ed uno per l'Estero, di almeno L. 9000 e non oltre lire 14,000, per laureati nella Facoltà di Medicina da non altre 4 anni (5 per laureati che al precedente concorso riportarono 8/10).

Gli annunzi di questi concorsi ci sono stati inviati con eccessivo ritardo per darne notizia in tempo utile. Deploriamo il sistema ufficiale di non dare tempestiva diffusione ai bandi di concorso.

SOLESINO (*Padova*). — Vedi fasc. 30. Scad. 31 agsto. Vedi fasc. 30.

TERRACINA (*Roma*). — Due cond. Ab. 14,000. Ospedale. Staz. balneare e climat. Servizio per la sola popolaz. agglomerata di città. Scad. 15 ag. Richiedesi biennio in grande Ospedale o Istituto clinico. L. 7500 pei 2000 pov., addiz. L. 1.50, doppio c.-v., 5 quadrienni dec.; L. 500 al sanit. con maggiori attitud. chirurgiche, per supplenza.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

VERNOLE (*Lecce*). — Scad. 15 ag. Per frazioni e centri sparsi. L. 5000 fino a 1500 pov., addizion. lire 5 fino a 2000; L. 1500 disag. resid.; L. 1500 cav.; 4 quadrienni decimo.

BORSE DI STUDIO.

Il *Pio Sodalizio dei Piceni,* per onorare la memoria del compianto benefattore prof. Gaetano Mazzoni, apre un concorso per titoli tra giovani marchigiani pel conferimento di una borsa di perfezionamento all'interno di L. 4000 in patologia e clinica chirurgica. Condizione disagiata; laurea da non oltre 5 anni al 31 agosto. Docum. alla Segreteria (via Campo Marzio, 24 - Roma) non oltre il 30 sett. Chiedere l'annunzio.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa dal « Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli » per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(*Continuazione; vedi fasc.* 29).

R. Clinica Medica di Firenze (1ª off.)	»	875 —
R. Clinica Medica di Firenze (2ª off.)	»	470 —
Dott. Suardo Rasetti (Loreto)	»	50 —
Dott. Lino Capicchi (a nome dell'Associazione Medica Circondar. Pistoiese) .	»	50 —
Prof. Giuseppe Cogliati	»	5 —
Prof. Tullio Ortolani	»	5 —
Dott. Antonino Marullo	»	25 —
Dott. N. Coppola	»	5 —

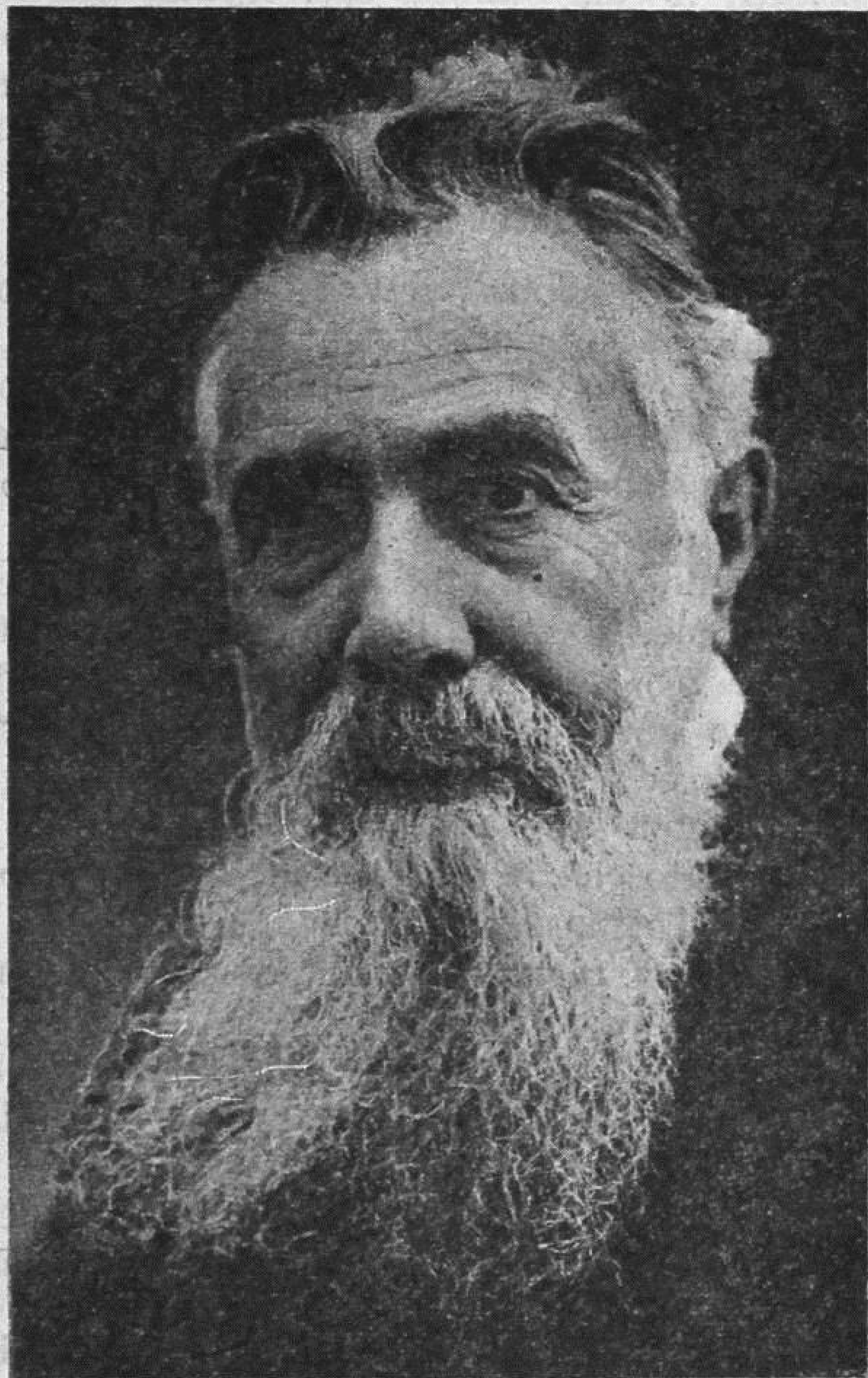
(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1º, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

BIOGRAFIE.

Prof. Gesualdo Clementi.



Si allontana dalla famiglia universitaria per avere raggiunto i limiti di età il prof. Gesualdo Clementi.

Osservatore profondo e pacato, operatore corretto e sicuro, maestro sereno e riflessivo, premuroso verso i discepoli e gli assistenti, paterno con gli ammalati, ha sempre esplicato opera altamente umanitaria e benefica.

Nacque a Caltagirone nel 1848; si laureò a Napoli; fu assistente del Galluzzi, poi peregrinò per varii istituti clinici e scientifici della Germania, dell'Inghilterra e della Francia: fu da Billroth, Braun, Stricker, Langenbeck, Traube, Virchow, Lister, Spencer-Wells, Thompson, Errichsen, Péan, Richet, Verneuil, Gosselin. Ha percorso a Catania tutta la sua carriera accademica, dalla libera docenza alla direzione della Clinica chirurgica; vi ha coperto e vi copre anche altre cariche: primario nell'Ospedale V. E., rettore dell'Università, preside dell'Accademia Gioenia, ecc.

Tra i suoi studi vanno segnalati quelli sulla chirurgia dei vasi sanguigni (trapianto per invaginazione), sull'emostasi diretta del fegato e sulla patogenesi della setticemia.

L'11 giugno fu solennizzato il giubileo didattico dell'insigne chirurgo. G. F.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Avrà luogo a Roma, nei giorni 24-26 ottobre 1923, a cura del Comitato ordinatore presieduto dal prof. V. Ascoli.

Sono messe all'ordine del giorno le seguenti relazioni:

1) *Diabete insipido e ricambio idrico.* Prof. ASCOLI MAURIZIO.

2) *Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle pancreatiti ed infezioni biliari.* Prof. SCHUPFER FERRUCCIO. (Relazione in comune colla Società Italiana di Chirurgia).

3) *Sui progressi della diagnostica e terapia delle malattie di cuore.* Prof. BARLOCCO AMERIGO.

Coloro i quali intendono di fare comunicazioni al Congresso sono tenuti ad inviarne il titolo, e possibilmente il testo, al Presidente del Comitato ordinatore od al Segretario del Congresso, prof. Giuseppe Sabatini (R. Clinica Medica - Policlinico Umberto I - Roma) non oltre il 10 settembre p. v.

Oltre i soci effettivi, possono partecipare al Congresso i medici che si iscriveranno quali aderenti.

Per l'iscrizione a soci aderenti occorre inviare alla Segreteria del Comitato ordinatore la quota di lire quaranta. Per le signore dei congressisti è fissata la quota di lire venti, che dà diritto anch'essa ai ribassi ferroviari.

XXX Congresso della Società italiana di Chirurgia.

Si terrà in Roma dal 24 al 26 ottobre 1923.

Saranno posti in discussione i seguenti temi:

1) *Infezioni della cistifellea con speciale riguardo alle complicazioni pancreatiche.* (Relat. prof. MUSCATELLO).

2) *Infezioni delle grandi vie biliari.* (Relat. prof. CROSTI).

3) *Trapianti in generale e trapianti della cute.* (Relat. prof. FASIANO).

4) *Trapianti dei nervi.* (Relat. prof. CHIASSERINI).

Tutti i Soci che desiderano far comunicazioni, debbono mandarne il titolo al Segretario della Società, prof. Leonardo Dominici (Clinica Chirurgica - Policlinico Umberto I - Roma), non oltre il 1° ottobre 1923.

I Soci che desiderano usufruire dei ribassi ferroviari anche per i membri della propria famiglia, debbono inviare al Segretario della Società, prof. Leonardo Dominici, L. 20 (venti) per ciascuno dei componenti, non oltre il 10 ottobre 1923.

II Congresso della Società italiana di Urologia.

È indetto in Roma il 27 ottobre 1923, alle ore 8.30, nell'Aula dell'Accademia Medica del Policlinico Umberto I.

Saranno posti in discussione i seguenti temi:

L'esame funzionale dei reni. (Rel. prof. PIRONDINI e prof. RAIMOLDI).

La roentgenterapia in Urologia. (Rel. prof. BUSI e prof. BONANOME).

La radioterapia in Urologia. (Rel. prof. CASSANELLO).

Tutti i Soci che desiderano fare comunicazioni sono pregati di inviarne il titolo al Segretario delle Società, dott. Ermanno Mingazzini (Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I - Roma) non più tardi del 30 settembre p. v.

I soci che desiderano usufruire del ribasso ferroviario anche per le proprie famiglie, sono pregati di inviare al Segretario della Società, dottor Ermanno Mingazzini, L. 20 (venti) per ciascun componente non oltre il 10 ottobre 1923.

Onoranze alla memoria di G. Baccelli.

Nell'aula dell'Accademia Medica al Policlinico Umberto I in Roma il prof. Ascoli, direttore della Clinica medica, riunì gli aiuti e gli assistenti di Guido Baccelli per discutere sul modo di onorare la sua memoria in vista anche del grandioso monumento che sarà per erigersi.

Erano presenti i proff. Torti, Gallenga, De Rossi, Galli, Ciuchini, Antonelli, Olivieri; i dottori Trulli, Petacci, Pagliaro, De Pascalis, Donati, Toscani, Ciolina, ecc.

Dalla discussione prevalse unanime il principio di far rivivere tutta la bellezza delle opere del grande clinico.

Si stabilì di riunire in un elegante volume le lezioni di clinica, i lavori scientifici, le geniali scoperte e tutti i magnifici discorsi.

Per la pubblicazione di tali tesori dell'arte medica, sarà costituito un fondo di cassa formato da 250 azioni da 40 a 50 lire ciascuna, che saranno acquistate dai medici, i quali avranno diritto ad un esemplare del volume per ciascuna azione.

All'uopo fu formata una Commissione composta dei professori Ascoli, Gallenga, Antonelli e dott. Trulli per procedere al lavoro preparatorio.

Laurea d'oro.

Si sono adunati a Milano otto dei nove medici superstiti dei laureati a Pavia nel 1873, per festeggiare la ricorrenza. Erano tra essi il sen. Mangiagalli, sindaco di Milano, e il dott. Pietro Ramazzotti, direttore del Dispensario Celtico Governativo di Milano.

Per il prof. Mariotti.

Dietro iniziativa del presidente dell'Ordine dei Medici di Roma ha avuto luogo una riunione dei rappresentanti delle diverse Associazioni mediche, delle Istituzioni sanitarie di beneficenza, dei colleghi del precedente Consiglio di amministrazione dell'Ordine dei Medici e degli ex-assessori dell'Ufficio d'Igiene per concretare il modo di onorare degnamente l'illustre prof. Mariotti per la sua benemerenza verso l'Ordine e verso le organizzazioni di previdenza sociale in occasione del 40° anno del suo esemplare esercizio professionale.

All'uopo è stato nominato un Comitato.

Una conferenza del sen. Rossi.

In seguito ad invito della C. R. I., il sen. Baldo Rossi, degli Istituti Clinici di Milano, ha tenuto nell'aula massima del Collegio Romano una conferenza sul tema «Ospedali di guerra chirurgici avanzati»; erano presenti il Re ed un folto stuolo di personalità del mondo politico, sanitario e militare, tra cui il ministro De Capitani, l'on. Giuriati, l'on. Torre, i sen. Ciraolo, Marchiafava, Foà, i generali Duhet, Cittadini, Pugliesi, il prefetto Zoccoletti, il col. Baduel, ecc. L'interessante conferenza venne illustrata da riuscite proiezioni. Il Re volle personalmente congratularsi con l'insigne oratore.

La C. R. I. per la lotta antitubercolare.

Sotto la presidenza dell'on. Raffaele Paolucci, si è riunita la Commissione antitubercolare della C. R. I. per esaminare e definire alcuni problemi della lotta dell'Associazione contro la tubercolosi. La Commissione ha deciso, anche in conformità di voti espressi nel recente Convegno della Federazione delle Opere Antitubercolari Italiane, che le provvidenze assistenziali della C. R. I. istituite per i tubercolosi di guerra, debbano ormai servire anche per i tubercolosi civili, pur dando la precedenza per l'accoglimento e la cura agli ex-militari che ne abbiano bisogno.

Ha stabilito che il tubercolosario di Eremo Lanzo, presso Torino, da qualche mese chiuso ed in restauro, sia trasformato in istituto di prevenzione per ragazze operaie.

Ed ha tracciato un piano di propaganda nazionale antitubercolare, che avrà la sua base di azione nella scuola e nei dispensari e che sarà svolto in collaborazione dalla C. R. I. e dalla Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

L'opera del Comitato romano per la lotta antitubercolare.

Quest'anno l'azione del Comitato Romano per la difesa dell'infanzia gracile e predisposta si è notevolmente intensificata.

All'Ospizio Marino di Ostia dal giugno scorso sono stati ammessi circa 200 fanciulli d'ambo i sessi ed altrettanti verranno colà ricoverati nei turni successivi.

Alla colonia di Civitavecchia furono avviati 40 fanciulle dai 4 ai 14 anni; verranno sostituite, nello stesso numero, in agosto. Coll'estensione dei limiti di età il Comitato Romano ha voluto colmare una lacuna, per cui a bambine al disopra dei 12 anni era preclusa la cura marina nelle Colonie esistenti.

Attraverso l'opera del Comitato stesso si è potuto estendere il beneficio della cura climatica, facendo accogliere in altri Istituti, come gli Ospizi Marini, la Pro Infantia, le Colonie Orano, la Croce Rossa Italiana, un discreto numero di fanciulli. Questo benefico risultato si deve al coordinamento che va sempre più perfezionandosi fra le opere della Confederazione, che è la maggior forza del Comitato Romano.

Perchè le Colonie Marine abbiano anche un'azione moralizzatrice, si è disposto che le ammissioni non siano per la maggior parte gratuite, ma che le famiglie concorrano, quando possono, in una misura proporzionata alle loro condizioni economiche, alle spese per il funzionamento delle Colonie stesse.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Españ. de Med. y Cir., apr. — J. RESENTÓS e R. DARGALLO. La pleurite eosinofilica. — J. SOLER JULIÁ. Cinematizzazione del moncone amputato.

Bull. Ac. de Méd., 24 apr. — P. REMLINGER. Un paradosso batteriologico: la grande recettività della cavia alla tubercolosi sperimentale e l'immunità al contagio. — CALOT. La «coxa plana».

Rev. de Hyg. y Tuberc., 31 mar. — G. FISAE. Inalazioni calciche nella tbc.

Rif. Med., 30 apr. — F. GALDI. Funzione del fegato sui grassi.

Riv. Med. Sic., 1° mag. — Resoconto del VII Congresso Med. Siciliano.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 6 mag. — P. PERONA. Morfologia del cuore femminile.

Deut. Mediz. Wochens., 4 mag. — K. KISOKALT. Il progresso delle epidemie. — A. HÜBNER. La diagnosi precoce della tubercolosi renale. — R. ROOSEN. Sulla chemoterapia dei tumori maligni.

Riforma Med., 23 apr. — P. MINO. Quanti sono i gruppi sanguigni umani?

Rass. Intern. di Clin. e Ter., apr. — S. DESSY. Esperimenti di cultura del virus dell'Herpes.

Paris Méd., 21 apr. — Numero sulle acque minerali e la climatologia.

Liguria Med., 1° feb. — A. BARLOCCO. Sindrome adiposo-genitale per insufficienza ipofisaria.

Presse Méd., 21 apr. — C. FOIX e A. MASSON. La sindrome dell'arteria cerebrale posteriore.

Il Lavoro, 30 apr. — A. PERI. In tema di nefriti «a frigore».

Zeitschr. f. Tuberk., 6. — H. BEITZKE. Le vie d'infezione della tbc.

Boston Med. a. Surg. Journ., 26 apr. — W. E. PREBLE. L'obesità.

Giorn. di Med. Ferrov., mar.-apr. — A. FILIPPINI. La profilassi del saturnismo.

Archivi.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — P. F. WILLIAMS. Glicosuria in gravidanza. — W. W. BABCOCK. Trapianto di cervice.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 5 mag. — A. LOENY. Fisiologia del clima d'altitudine.

Folia gynaecol., 1. — P. PERAZZI. L'emocoltura e la prova biologica nelle infezioni puerperali. — B. SPARACIO. Infezione puerperale da una pasteurella. — S. DI FRANCESCO. Gravidanza extrauterina apparente.

Annali d'Igiene, mar. — I. SACCHETTO e M. SAVINI. Azione oligodinamica del rame. — V. PUNTONI. Sopravvivenza decennale di microbi del gruppo tifo-coli. — A. ALESSANDRINI. Conservazione del virus di Danysz. — M. CARPANO. Cultura dei germi anaerobi in presenza dell'aria.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — G. OLIVI. Azione della luce solare sui protofiti patogeni. — G. RIVA. Oftalmia fotoelettrica e ambliopia isterica.

Ann. di Ottalmologia, 3. — G. FAVALORO. Glioma primitivo del nervo ottico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX · **Roma, 6 agosto 1923** · **Fasc. 32**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore incaricato: prof. T. LUZZATTI.

La cinconina nella cura della malaria dei bambini.

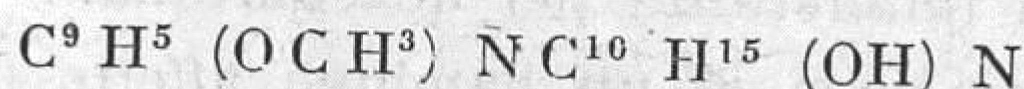
Dott. AUGUSTO FIORENTINI,
volontario e assistente degli Ospedali.

La letteratura medica di questi ultimi anni si è arricchita di numerosi ed importanti studi sul problema curativo della infezione malarica e le difficoltà riscontrate durante l'ultima guerra per ottenere forti quantità di chinina portarono molti autori italiani e stranieri a ricercare se tra i prodotti secondari della chinina ne esistessero alcuni capaci di sostituire con efficacia il chinino, nella cura di questa infezione. Ed è così che fu studiata sotto tale aspetto, l'efficacia della cinconina, uno dei tanti alcaloidi contenuti nella corteccia di china e che almeno sino ad oggi rappresenta l'alcaloide che per efficacia curativa si avvicina se non uguaglia quella del chinino.

La cinconina è variamente contenuta nelle scorse di Cinchone. In alcune scorse indiane ed americane gli alcaloidi secondari (cinconina compresa) sono contenuti in quantità notevole e superiore a quelle della chinina, mentre nelle scorse di Giava la chinina si trova in prevalenza.

La cinconina ha la stessa struttura molecolare della chinina, soltanto manca nel nucleo chinolinico, il gruppo metossile.

Se la chinina è rappresentata da questa formula:



$$C^9 H^5 (OCH^3) N C^{10} H^{15} (OH) N$$

quella della cinconina è data dalla stessa formula meno il gruppo (OCH^3).

Tutti i tentativi sinora praticati per poter attaccare alla cinconina questo gruppo metossile sono riusciti vani.

La cinconina devia a destra il piano della luce polarizzata, è pochissimo solubile nell'ammoniaca e nell'etere e le sue soluzioni non dànno alcuna florescenza azzurra in presenza di acido solforico diluito (reazione della chinina).

La cinconina forma cogli acidi, sali analoghi ai sali di chinina, ma più solubili di questi nell'acqua e nell'alcool. I sali di cinconina

trattati col ferrocianuro di potassio dànno un precipitato bianco giallastro polverulento solubile a caldo, che con il raffreddamento cristallizza in cristalli cuneiformi color giallo oro.

L'uso della cinconina nella cura delle febbri malariche, non è certamente nuovo. Da lungo tempo è stata tentata negli adulti con risultati incerti e discordi.

Alcuni autori la ritennero di azione poco rapida (Chemel e Dougle), altri (Bleyne) la preferirono al chinino per la sua azione tossica meno fastidiosa, e mentre Laveran e Dougal ritennero che la sua azione antiparassitaria fosse inferiore a quella della chinina, Briquet asseriva che con essa si ottenessero i medesimi effetti.

Lo studio dell'azione terapeutica della cinconina fu ripreso durante e dopo la guerra. Così Roger da un lato tenta, con numerosi esperimenti, di stabilire la via migliore di somministrazione e la tossicità dell'alcaloide e Silvestri conclude le sue esperienze affermando che il solfato di cinconina non è più tossico del solfato di chinino.

D'altro canto le esperienze praticate su malarici adulti da noi in Italia (Ascoli, Dionisi, Pontano, Silvestri, Amantea, Bini, Sanguinetti) condussero ad affermare essere la cinconina efficace quanto il chinino e priva di qualsiasi inconveniente, se si eccettui qualche lieve capogiro per le dosi massive.

Non risulta però che simili esperimenti siano stati praticati nella cura della malaria dei bambini. A dire il vero già il Mariani nel 1904 osservò che non esistevano speciali controindicazioni per l'età e notò come un bambino di 10 mesi tollerò benissimo la cinconina a dosi quotidiane di mezzo gr. Anzi il Mariani stesso notò un notevole beneficio nell'uso della cinconina in sostituzione della china in un caso di intolleranza per quest'ultima.

« Si trattava di un bambino affetto da terzana estiva, ostinatamente recidivante. L'anno precedente ricoverato all'ospedale per malaria presentò amaurosi da chinino e nevrite del nervo peroniero destro. Ritornato nel luglio dell'anno successivo con infezione malarica recidiva dopo somministrazione di euchinina ebbe da prima orticaria e poi in seguito a tre iniezioni di chinino presentò una paresi (tipo peroniero) e forti dolori a carico dei tronchi nervosi degli arti inferiori che si accentuavano anche per piccole dosi di chinino. Con la cinconina detti disturbi non solo non si accentuarono, ma progressivamente si attenuarono fino alla guarigione e l'infermo non presentò nessun segno di intolleranza ».

Accertati così i buoni effetti avuti colla somministrazione della cinconina negli adulti e l'assenza di qualsiasi fenomeno tossico, iniziai per consiglio del prof. Luzzatti, una serie di esperimenti sui bambini, per poter così stabilire se il farmaco in parola fosse in questi tollerato o se avesse per caso speciali controindicazioni.

La cinconina (solfato e cloridrato) fu gentilmente concessa dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica sotto forma di compresse e in piccola quantità dal prof. Ascoli, direttore della Clinica medica. Ai bambini molto piccoli fu somministrato il cloridrato di cinconina sciolto in sciroppo di anici e saccarina, a quelli più grandicelli invece furono date le compresse di solfato.

I casi in esperimento, controllati coll'esame di sangue, furono tutti quelli che capitarono nell'annata nella nostra osservazione; tre casi però furono presi all'ospedale Bambin Gesù (Reparto Medico del prof. Mancini).

Riferisco succintamente i casi clinici:

Caso n. 1. — I. I., di mesi 13. Entra in clinica pediatrica il 5 settembre 1921. Padre di 26 anni è stato malarico. Madre sana. Non aborti. Allattamento materno. Nel giugno 1921 il bambino ebbe disturbi gastro-enterici di cui non guarì perfettamente. Verso i primi di luglio ebbe febbri quotidiane e la madre fin da allora notò tumefazione di milza. Da una settimana febbri intermittenti a giorni alterni, a freddo, che scompaiono con sudore. Conati di vomito e attacchi convulsivi a tipo clonico-tonico durante gli accessi febbrili.

E. O. — Condizioni generali discrete. Nutrizione deficiente. Cute e mucose visibili pallide. Polmoni e cuore nulla. Addome un po' tumido poco trattabile nei quadranti superiori. Fegato in alto alla quinta costola, in basso si palpa due dita dall'arcata costale, liscio, di consistenza un po' aumentata.

Milza in alto al sesto spazio, in basso si palpa tre dita sotto l'arco, liscia, dura.

L'esame del sangue dà il reperto di una terzana primaverile, leucopenia notevole, discreta anisocitosi e lieve poichilocitosi.

La bambina ha due accessi tipici i giorni 7 e 9 settembre e poi la temperatura va degradando al normale. Viene somministrato solfato di chinino per bocca (grammi 0.20) ma viene vomitato.

Esce con lievi elevazioni febbrili il giorno 14 settembre.

Rientra in clinica il 19 giugno 1922 perchè da 15 giorni è stata di nuovo colpita da accessi febbrili a tipo malarico.

E. O. — Condizioni generali discrete. Nutrizione scaduta. Al torace qualche ronco e respiro aspro alle basi. Nulla al cuore. Fegato si palpa sotto l'arco. Milza dura raggiunge circa l'ombellicale trasversa. Temperatura 40°.

L'esame di sangue a fresco dà il reperto di parassiti della terzana primaverile.

Il 19 e il 20 giugno si somministrano gr. 1.20 di cinconina, il giorno 21 gr. 1.50. La febbre persiste alta sui 39° e 40°. Al torace però il giorno 21 si riscontrano rantoli catarrali a livello delle scapole e respiro aspro un po' soffiante a sinistra. Tosse ostinata. Il 23 la febbre cade per crisi senza sudore. Si prescrive cinconina gr. 1.50. Il 24 al torace si ascoltano piccoli gruppi di rantoli sonori alla base di destra. Si somministrano gr. 1 di cinconina p. d. e dal giorno 30 mezzo grammo.

L'esame del sangue eseguito il 22 giugno dà assenza di parassiti e notevole leucocitosi. Ripetuto il 2 luglio dà risultato nuovamente negativo per il parassita malarico.

Esce il giorno 6 luglio guarita. La milza si palpa due dita sotto l'arco.

Caso n. 2. (Sesto Padiglione - Policlinico Umberto I, prof. Panegrossi, primario). — F. F., di mesi 13. Proviene da Ladispoli. Entra il 21 luglio 1922. Allattamento materno. Sempre bene. Quattro denti incisivi. Attualmente mangia minestrine e biscotti. Ammalata da cinque giorni con febbre alta, pare continua per due giorni poi caduta con sudore.

E. O. — Condizioni generali discrete. Nutrizione buona. Colorito pallido della pelle e mucose visibili. Fontanella anteriore aperta. Nulla al faringe. Al torace qualche ronco alla base di S., al cuore nulla. Addome meteorico trattabile indolente. Milza in alto sulla settima costola in basso si palpa circa un dito e mezzo sotto l'arcata di consistenza dura. Il fegato si palpa sotto l'arco.

Il 21 luglio l'esame di sangue a fresco è positivo per la malaria estivo-autunnale. Il giorno 22 si prescrive gr. 1 di cloridrato di cinconina p. d. e la febbre cade il giorno 25. Si ha un po' di vomito e di diarrea che scompare dopo purgante di calomelano e dieta opportuna. Dal giorno 28 si prescrivono gr. 0.60 di cinconina e dal 2 agosto gr. 0.30. Il 9 si ha lieve rialzo termico che persiste fino al 15 nonostante somministrazione di gr. 0.50 di cinconina. Il 21, 22, 23 e 24 lievi rialzi termici verso sera e in seguito apiressia fino al giorno dell'uscita (8 luglio).

Caso n. 3. (VIII Padiglione, Policlinico, prof. Carducci). — A. M., di anni 5, proviene da Canneto. Entra il 13 luglio 1922 ed esce il 6 agosto 1922. Non è possibile raccogliere anamnesi precisa. Sembra sia ammalata da 7 giorni con cefalea, brividi non molto intensi e febbre.

E. O. — Condizioni generali buone. Sensorio integro. Nutrizione discreta. Cute bruna. Mucose visibili irrorate. Pannicolo adiposo scarso. Lingua umida ricoperta di patina biancastra. Pupille uguali e reagenti alla luce e all'accomodazione. Temperatura 36°.4. Polso 100 ritmico ipoteso.

Torace nulla. Cuore: itto al 5° spazio sull'emiclaveare. Nei limiti. Toni netti. Addome di consistenza normale indolente. Fegato in alto raggiunge la 6ª costola, in basso non si palpa. Milza in alto al 7° spazio, in basso si palpa due dita circa sotto l'arco.

Il 13 si pratica l'esame del sangue e dà risultato positivo per la malaria (anelli di estiva).

L'esame delle urine è negativo. Il 14 si somministrano gr. 0.80 di cinconina p. d., il 14, 15, 16 e 17 febbre continua fortemente remittente con un minimo di 37°.2 ed un massimo di 39°.6. Il 18 si prescrive gr. 1 di cinconina e si hanno solo lievi elevazioni termiche il 18 e il 20 (37°.2). Il 21 la bambina è apirettica e si sospende la cinconina. Il 24 ricompare febbre a 39°.4, il 25 a 38° e la milza si palpa sotto l'arco dura per due dita circa. Si prescrive gr. 1 di cinconina fino al giorno 25.

Il 26 febbre a 38°, e l'esame del sangue dà ancora la presenza di forme anulari. Si sospende allora la cinconina e si somministra gr. 0.50 di solfato di chinina p. d. Si ha allora apiressia fino al giorno dell'uscita (6 ag.).

Caso n. 4. (Visitato all'Ambulatorio della clinica pediatrica il giorno 25 luglio 1922). — A. M., di mesi 12. È nato in Sardegna (Macomer). Ha avuto allattamento materno fino al maggio u. s. A venti giorni di età contrasse febbri malariche che recidivarono quasi ogni mese. Fu ricoverato per tali febbri all'Ospedale Bambin Gesù, e in clinica pediatrica nel febbraio scorso.

E. O. — Condizioni generali discrete. Nutrizione scaduta. Pallore notevolissimo della pelle e delle mucose visibili. Lievi note di rachitismo. Fontanella anteriore ampiamente aperta. Nulla di speciale al torace e al cuore. Addome globoso, meteorico, ben trattabile, indolente. Milza si palpa dura due dita sotto l'arco. In alto raggiunge la settima costola. Fegato in basso si palpa circa due dita dall'arcata di consistenza aumentata, in alto raggiunge la quinta costola.

L'esame di sangue a fresco dà reperto positivo per i parassiti estivo-autunnali.

L'esame delle urine dà traccie minime di albumina e al sedimento discreto numero di cellule bianche.

Si prescrive gr. 0.80 di cinconina e gr. 0.80 di elmitolo p. d. Ritorna un attacco febbrile dopo sette giorni ma, dopo la somministrazione di gr. 1 di cinconina p. d. la febbre cade. Persiste però il pallore della cute e il tumore di milza.

Gli accessi febbrili si ripetono ad intervalli di pochi giorni più volte e poi scompaiono.

Caso n. 5. (VI Padiglione, Policlinico). — P. P., di anni 5, proviene da Ladispoli. Entra il 29 settembre 1922 ed esce il 18 ottobre 1922.

Genitori viventi, da tempo malarici. La madre ha altri 8 figli di cui 5 affetti da infezione malarica. La presente bambina nacque a termine da gravidanza normale, pare però che la madre durante il parto avesse accessi di malaria. Allattamento artificiale. Dall'età di due mesi la bambina contrasse febbri di malaria ed ogni anno ha avuto recidiva. Quest'anno ha avuto numerose recidive nel giugno scorso. Ammalata 8 giorni fa con febbre alta a freddo durata un giorno e cessata con sudore. È rimasta un giorno apirettica poi la febbre ha ripreso a tipo continuo remittente fino a ieri, accompagnata da vomito e da diarrea. Ha fatto quattro iniezioni di chinino.

E. O. — Condizioni generali gravi. Nutri-

zione scaduta. Colore della cute pallido, mucose anemiche, estremità fredde. Polso 120 molle ritmico. Si palpano piccole glandole nelle comuni stazioni. Polmoni e cuore nulla di notevole.

Addome ben trattabile indolente.

Milza si palpa dura un dito e mezzo sotto l'arcata costale. Fegato si palpa due dita dall'arcata.

Il 29 settembre date le condizioni gravi dell'inferma si pratica d'urgenza una iniezione di mezzo grammo di chinino e si prescrivono iniezioni di canfora ogni 4 ore.

All'esame del sangue non si riesce a rintracciare parassiti malarici; si trovano invece diversi leucociti pigmentati. Il 30 si ha apiressia, ma grave stato di abbattimento e diarrea. Si prescrive grammi uno di cinconina, iniezione di canfora, digalen goccie 20, tannigeno gr. 1.

Il 1° ottobre le condizioni sono invariate, il polso è 120, persiste vomito e diarrea. La stessa terapia. Il 2, 3, 4 e 5 condizioni pressochè invariate. Il 6 le condizioni generali sono migliorate. Non più vomito e diarrea e non si palpa la milza. Il 7 e l'8 continua il miglioramento. Il 9 si prescrive cinconina gr. 0.50. Miglioramento notevole. Il 18 esce guarita.

Caso n. 6. (VI Padiglione Policlinico). — P. A., d'anni 12, scolara. Entra il 24 ottobre 1922; esce il 14 novembre 1922. Proviene da Prima Porta. Genitori viventi e sani. Due fratelli e due sorelle stanno bene. Comuni esantemi. Poi sempre bene. Ammalata da circa due mesi con febbri intermittenti a freddo; tali febbri duravano due o tre giorni e poi cessavano per ricomparire con gli stessi caratteri dopo un periodo di 3, 7 giorni di apiressia. Da 4 giorni invece la febbre ha assunto il tipo continuo remittente. La bambina in questo periodo di tempo si è molto impallidita. Ha fatto quattro iniezioni di chinino ed ha preso chinino per bocca.

E. O. — Condizioni generali discrete. Nutrizione scaduta; pallore notevole della cute e mucose visibili. Lingua detersa umida. Polso 112 molle ritmico. Polmoni: qualche sibilo alla base destra. Respiro aspro in tutto l'ambito. Cuore nei limiti, primo tono sulla polmonare seguito da lieve rumore di soffio dolce, secondo tono rinforzato. Addome ben trattabile indolente. Milza si palpa tre dita sotto l'arco dura. Limite superiore alla 7ª costola. Fegato si palpa un dito sotto l'arco duro a margine liscio tagliente.

Il 25 l'esame delle urine dà traccie di albumina, ma il sedimento è negativo. Temperatura 39. Il 26 febbre a 37.2. Il 27, 28, 29 apiressia. L'esame delle urine ripetuto dà scomparsa di albumina. Il 30 si prescrive un grammo di cinconina p. d. Il 31 nel pomeriggio febbre a 38. Il 1° novembre si sospende cinconina e l'esame del sangue a fresco dà presenza di anelli di estiva e semilune. Temperatura massima 39. Il 2 si prescrivono gr. 1.50 di cinconina p. d. e da allora si ha apiressia. Il 4 si prescrivono iniezioni di ferro e arsenico e l'8 un grammo di cinconina p. d. Il 14 la bambina esce guarita.

Caso n. 7. (VI Padiglione Policlinico). — Entra il 7 ottobre 1922; esce il 21 ottobre 1922. R. C., di mesi 3 ½. È nato a Roma (Clinica Ostetrica), e dopo dodici giorni è stato portato a Maccarese. Allattamento materno. Sempre bene. Il giorno 6 ottobre nel pomeriggio il bambino ha avuto vomito, pallore cianotico al viso, poi febbre durata fino al mattino, caduta con sudore profuso. Alvo stitico.

E. O. — Condizioni generali e di nutrizione buona. Pallore discreto della cute e mucose visibili. Nulla allo scheletro e sistema glandolare. Nulla ai polmoni e al cuore. Addome ben trattabile, indolente. Si palpa la milza circa un dito e mezzo sotto l'arco, liscia, aumentata di consistenza. Si palpa anche il fegato.

L'8 ottobre l'esame di sangue in fresco e colorato (Giemsa) dà risultato positivo per la malaria primaverile. La sera si ripete l'accesso che continua fino al mattino del giorno 9. Il 9 si prescrive gr. 0.50 di cinconina. La febbre non torna più. Il 14 non si palpa la milza. Il 21 esce guarito.

CASO n. 8. (VI Padiglione Policlinico). — A. C., di anni 29.

Proviene da Maccarese ed è la madre del precedente bambino. Due aborti e due gravidanze a termine di cui la seconda, il presente bambino che allatta. L'altra bambina di due anni pare attualmente abbia febbre. Due giorni fa l'inferma ebbe febbre a freddo, durata tutta la notte e seguita da sudore.

E. O. — Condizioni generali buone. Anemia evidente della cute e mucose visibili. Faringe arrossata. Nulla ai polmoni e al cuore. La milza si palpa un dito sotto l'arcata.

L'8 ottobre si ha accesso febbrile tipico e l'esame di sangue a fresco e colorato (Giemsa) dà il reperto di una terzana primaverile. Il 9 si ripete l'accesso febbrile e si prescrive cinconina gr. 1.60. Il 10 si prescrive cinconina gr. 2. Apiressia fino al giorno 15; l'inferma in questo giorno accusa dolori di ventre ed ha più volte vomito, la lingua è patinosa. Si sospende cinconina e si somministra purgante. Migliorano i fenomeni gastrici. Il 20 ritorna febbre lieve (38.5), ma in seguito a prescrizione di due gr. di cinconina, la febbre cade e la malata il giorno 21 esce apirettica.

CASO n. 9. (VI Padiglione Policlinico). — Z. P., di anni sei.

Entra il 25 ottobre 1922 ed esce il 12 gennaio 1923.

Proviene da Carroceto (Roma). Non è possibile raccogliere l'anamnesi per assenza dei parenti.

E. O. — Condizioni generali gravi. Pallore notevole della cute e mucose visibili. Facies edematosa, molto pallida. Nutrizione discreta. Muscoli flaccidi. Lingua patinosa umida. Polso 130 piccolo. Polmoni: rantoli a medie bolle e sibili in tutto l'ambito. Non apprezzabili riduzioni di suono. Cuore: nei limiti, azione cardiaca concitata. Toni netti. Addome ben trattabile indolente; lieve reticolo venoso agli ipocondri. Milza arriva in basso due dita sotto la linea ombellicale trasversa, dura, liscia, un po' dolente. Apprezzabile l'incisura del mar-

gine interno. In alto raggiunge il settimo spazio. Fegato si palpa un dito sotto l'arco duro liscio.

Il 25 e il 26 si ha febbre continua fortemente remittente e l'esame del sangue dà risultato positivo per il parassita estivo-autunnale. Si prescrive cinconina gr. 1. Il 27 persiste poca febbre; si prescrive cinconina gr. 1.40.

Il 28 apiressia e le condizioni generali sono già migliorate. Il 10 novembre per disturbo gastrico si somministra purgante e si sospende cinconina.

L'11 si ha attacco febbrile che si ripete meno intenso il 12. Si prescrive gr. 1.40 di cinconina p. d.

Il 23 si prescrive gr. 1 di cinconina.

Il 24, il 26 novembre e il 6 dicembre lievi rialzi termici.

L'8 dicembre si somministra purgante oleoso per nuovo imbarazzo gastrico (la bambina mangia molto) e si sospende cinconina. Si ha attacco febbrile il giorno 9 (38.4).

Il 10 compaiono sintomi di bronchite diffusa con lieve febbre che scompaiono dopo qualche giorno in seguito a somministrazione di aspirina e di espettorante. Il 15 si inizia la cura della mistura Baccelli (due cucchiai al giorno) e il 12 gennaio la bambina esce notevolmente migliorata.

CASO n. 10 (Ospedale Bambin Gesù - Professor Mancini, primario). — F. E., di anni 5 e mezzo, entra il 31 ottobre 1922 ed esce l'8 febbraio 1923.

Proviene da Via Ostiense. La madre cinque aborti, la presente bambina nata a termine, allattamento materno, svezzamento a 18 mesi. Da 4 mesi ha febbri intermittenti precedute da brividi. È stata un mese all'ospedale di Velletri per malaria. Ha preso chinino per bocca e per iniezioni.

E. O. — Stato generale di nutrizione scaduto. Notevole pallore della pelle e mucose visibili. Lingua umida. Nulla alla gola. Ai polmoni respiro aspro diffuso. Al cuore leggiero debordamento a destra. Toni netti, polso 132. Addome leggermente meteorico trattabile indolente. Milza deborda quattro dita dall'arcata costale che raggiunge quasi l'ombellicale trasversa. Fegato è palpabile due dita sotto l'arcata aumentato di consistenza.

I primi due giorni di degenza si ha febbre intermittente quotidiana e l'esame del sangue dà resultato positivo per la malaria estivo-autunnale (discreto numero di anelli).

In terza giornata si somministra gr. 1 di cinconina e la febbre cade alla seconda somministrazione di cinconina.

Il 22, il 23, il 25 novembre lievi rialzi termici. A dicembre completa apiressia e si seguita a dare gr. 1 di cinconina. Il 13 gennaio febbre con vomito ed epistassi. Il 17 compare esantema morbilloso. Esce guarita l'8 febbraio.

CASO n. 11. (Ospedale Bambin Gesù - Professor Mancini, primario). — N. A. L., di anni 9, proviene da Tenuta Bottaccio (fuori porta Cavalleggeri). Entra il 3 dicembre 1922 ed esce il 24 gennaio 1923.

Proviene dall'Ospedale di S. Spirito colla diagnosi di malaria e di anemia secondaria. Non è possibile per assenza di parenti raccogliere l'anamnesi.

E. O. — Condizioni generali di nutrizione scadute. Colorito del volto pallido, mucose intensamente scolorate. Nulla al faringe. Torace: angolo epigastrico ottuso. Nulla alla percussione e ascoltazione. Cuore: punta al 5° spazio lungo la mamillare. Deborda leggermente a destra, Aia cardiaca scoperta. All'ascoltazione primo tono impuro con lieve rinforzo sulla polmonare. Polso 96 ritmico molle.

Addome: voluminoso prominente. La regione ipocondriaca sinistra appare leggermente sollevata rispetto all'omonima di destra. Non liquido libero. Modica dolenzia alla palpazione dell'ipocondrio sinistro. Milza: limite superiore al 6° spazio sull'ascellare media, davanti raggiunge la linea mamillare. In basso sorpassa di circa tre dita la cicatrice ombellicale. In corrispondenza del margine anteriore si palpa l'incisura. Fegato: deborda oltre due dita dall'arcata costale, liscio con margine tagliente, aumentato di consistenza. Sulla linea mediana raggiunge quasi la milza (amplesso epato-splenico). Si palpano ghiandole alle regioni inguinari e al collo.

I primi tre giorni di degenza si ha modica febbre d'intermittenza. Il 6 l'esame del sangue a fresco dà risultato positivo per la malaria estiva (numerosi anelli e semilune).

Emazie 2,500,000, Leucociti 2560, Emoglobina 30. Si riscontra inoltre anisocitosi e psichilocitosi, poli-cromatofilia, emazie nucleate e mielociti.

Il 9 si ha forte accesso febbrile (39.9): si prescrive allora gr. 1.50 di cinconina. Il 10 e 11 si ripete l'accesso meno intenso. Il 12 si dà gr. 1 di cinconina, ma la febbre raggiunge 40.2. Il 13 si prescrive gr. 1.50 di cinconina p. d. La sera del 13 si ha temperatura 37.4 ed in seguito apiressia fino al giorno dell'uscita (24 gennaio).

CASO n. 12. (Ospedale Bambin Gesù - Professor Mancini, primario). — L. L., di anni 7. Proviene da località Capo due Rami (Ostia). Entra il 3 dicembre 1922 ed esce il 18 febbraio 1923.

Madre morta d'influenza nell'epidemia del 1918. Un fratello e due sorelle sani. Un fratello morto di polmonite. Nessuna grave malattia precedente. Non ha mai avuto prima attacchi malarici. 15 giorni fa si è ammalato con febbre alta preceduta da brividi, vomito e cefalea. Da allora la febbre ha mantenuto un decorso intermittente. Da qualche giorno il bambino è abbattuto e apatico. Ha preso chinino tutti i giorni e per dieci giorni di seguito.

E. O. — Stato generale mediocre. Sonnolenza. Lingua impaniata, umida, arrosssata ai margini. Gola un po' arrossata. Volto pallido. Torace: qualche ronco e sibilo in tutto l'ambito. Cuore: deborda a destra di circa un dito. Null'altro di notevole. Addome tumido meteorico, lievemente dolente nei quadranti inferiori. Non roseola. Milza si palpa un dito sotto l'arcata, molle. Il fegato si palpa nel suo margine inferiore di circa un dito.

Dal giorno d'ingresso (3 dicembre) fino al 6 dicembre febbre continua fortemente remittente. Il 4 l'esame del sangue dà il reperto

di anelli della terzana estiva. Dal 7 all'11 apiressia. Dal 12 al 18 febbre intermittente quotidiana. Nel frattempo la reazione di Widal e la cutireazione alla tubercolina dànno risultato negativo. Il 18 si prescrive cinconina gr. 1.50 p. d. Il 19 la febbre è diminuita e il 20 si ha apiressia che perdura fino al giorno 24. Il 25 si prescrive cinconina gr. 1 p. d., ma la stessa sera si ripete modica febbre che permane fino al giorno 28. Il 29 si prescrive cinconina gr. 1.50 p. d.

Il 1° gennaio temperatura 37.2. Il 2 e il 3 apiressia, il 4 si prescrive cinconina gr. 1 e la stessa sera si ha temperatura 38.7. Il 5, 6 e 7 modica febbre, poi apiressia fino al giorno 21. L'8 gennaio una radioscopia del torace dà cuore globoso, debordante notevolmente a destra; accentuazione delle ombre ilari con numerose ramificazioni sottili. Il 22 inizia febbre a tipo continuo fortemente armittente e il 27 compare esantema morbilloso. Il 18 febbraio esce guarito.

Sono così 12 casi di malaria di cui 11 casi positivi controllati con l'esame di sangue, trattati tutti colla cinconina somministrata esclusivamente per bocca.

Sono 8 estive, 3 terzane primaverili e 1 malaria cronica con esame di sangue negativo.

È da tener presente che i malati non furono scelti, ma furono presi e trattati colla cinconina man mano che capitarono sotto la nostra osservazione.

Anche a noi è apparsa evidente l'azione curativa della cinconina non solo nelle terzane primaverili, ma anche nelle forme estivo-autunnali; nelle prime però l'azione è sembrata molto più efficace che non nelle seconde. Infatti i casi 7° e 8° (terzane primaverili) guariscono rapidamente alle prime somministrazioni di cinconina; e se nel caso 1° (terzana primaverile) l'azione della cinconina è apparentemente tardiva, tale fatto dipende dall'insorgenza di un processo polmonare acuto, di cui fan fede e l'esame fisico del bambino e l'esame del sangue (notevole leucocitosi).

Così abbastanza rapidamente la febbre è troncata nei casi 2°, 6°, 10°, 11° (forme estive).

Il caso 3° si mostra un po' ribelle alla cinconina, probabilmente perchè somministrata in dose non adeguata e guarisce invece rapidamente col chinino. Fatto questo che forse può avere la sua importanza sia per affermare l'efficacia della cura mista, sia per ammettere che la cinconina abbia agito in tal modo sui parassiti malarici, da renderli poi accessibili all'azione della chinina, anche se data in dosi piccole.

Il caso n. 5 è una forma di malaria cronica grave complicata a disturbi intestinali. Anche in questo caso era stato somministrato chinino per iniezioni 4 giorni di seguito senza pertanto ottenere miglioramento sensibile e una 5ª iniezione fu praticata in ospedale. Si somministrò il cloridrato di cinconina in seconda giornata di degenza e alla 5ª somministrazione le condizioni generali e intestinali sono già notevolmente migliorate. Così anche questo caso si è avvantaggiato dalla cura mista, anzi si può dire, che mentre le iniezioni di chinino non avevano portato alla piccola inferma miglioramento notevole, questo si otteneva colla semplice somministrazione di cinconina.

Inoltre non è privo di importanza il fatto che i gravi disturbi intestinali da cui era affetta la bambina non rappresentarono una controindicazione per la cinconina, che anzi questa fu ben sopportata e debellò in pochi giorni i fenomeni morbosi.

I casi 9 e 12, due forme estivo-autunnali presentano una certa resistenza alla cinconina, poichè periodicamente ricompaiono piccoli accessi i quali sembrano specialmente apparire quando si sospende l'uso della cinconina. Però questo modo di comportarsi delle febbri non infrequentemente si riscontra anche coll'uso della chinina, specie allorchè si tratti di malaria cronica, come è il caso n. 9, o di malaria estiva recidiva come è il caso n. 12. In quest'ultimo poi non sarebbe da escludere che la febbre fosse anche da attribuire ad un processo glandolare ilare, come potrebbe far pensare l'esame radioscopico del torace.

Il n. 4 è una forma estiva con cistite. Questo caso è stato curato ambulatoriamente e non fu sempre possibile stabilire, per ragioni ovvie, quando la febbre era dovuta al parassita malarico e quando alla infezione vescicale.

La cura poi fu affidata alla madre del bambino e non si può quindi essere certi della regolare somministrazione di cinconina. In primo tempo gli accessi furono troncati, ma si ebbero in seguito recidive.

Da notare inoltre nei casi 10 e 12 (forme estive) la presenza della febbre malarica e una intercorrente infezione morbillosa.

Dalle cose esposte appare dunque evidente che su 12 casi trattati con la cinconina ben nove ebbero un effetto abbastanza rapido, due forme furono più ribelli ed uno non riuscì a troncare le recidive a breve scadenza.

L'efficacia terapeutica della cinconina è stata quindi buona, ma incerta è apparsa la sua azione nell'impedire le recidive. Però si può affermare che la cinconina fu in tutti i casi ben tollerata da bambini anche in tenera età (3 mesi e mezzo) e non dette luogo a feno-

meni fastidiosi di alcun genere, se si eccettui qualche volta vomito.

Quindi l'affermazione che questa sostanza fosse dannosa, sola o unita alla chinina risulta in effetti non vera, come del resto fu accertato da autorevoli autori.

Le dosi adoperate vanno da mezzo grammo al giorno di cinconina nei piccoli bambini ad un grammo e mezzo ed anche 2 grammi in quelli più grandicelli.

Si può pertanto conchiudere questo studio affermando:

1) che la cinconina può essere usata nella cura della malaria dei bambini;

2) che è di facile somministrazione e non provoca disturbi fastidiosi degni di nota;

3) che è capace di troncare le febbri estive e meglio ancora le terzane primaverili;

4) che può usarsi ottimamente in sostituzione del chinino in tutte le forme in cui questo non riesce efficace;

5) che la sua azione risulta ancora incerta nell'impedire le recidive, specialmente nelle febbri estivo-autunnali.

N. B. — In una nota successiva riferirò in base ad un caso personale sull'efficacia della cinconina nell'emoglobinuria da chinino.

Gennaio 1923.

BIBLIOGRAFIA.

Amantea Fausto. *Il potere curativo della cinconina nella malaria.* Policl., Sez. Pratica, 1922, fasc. 38.

Bini. *La cinconina può sostituire la chinina.* Policl., Sez. Pratica, 1921, fasc. 12.

Gaglio. *Farmacologia e terapia*, 1910.

Mariani. *Sull'azione antiperiodica degli alcaloidi secondari della chinina.* Atti degli studi sulla malaria, 1904.

Rogers. The Britisch Medical Journal, 1918.

Sella M. Policlinico, Sez. Pratica, 1922, p. 390.

Sanguinetti. *Cinconina e malaria.* Policlinico, Sez. Prat., 1921, fasc. 49.

Silvestri. Policlinico, Sez. Medica, 1921, fascicolo 12.

Silvestri. Policlinico, Sez. Pratica, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Consorziale di Ronciglione.

Disarticolazione atipica intertibio-astragalica con lembo osteoplastico calcaneo plantare unico.

Per il dott. Armando Sala, direttore chirurgo.

Nell'amputazione totale del piede, come già in quella totale della gamba è canone clinico il preferire l'amputazione osteoplastica (Pirogoff e modificazione) alla disarticolazione intertibio-stragalica.

Però il chirurgo deve distinguere caso da caso ed ha talora ragioni sufficienti per giustificare la sua condotta anche quando questa si allontana dalla regola che la clinica impone.

Ignoro se altri prima di me abbia descritto il metodo che per altro non si trova nei comuni trattati di medicina operatoria, ad ogni modo *nihil sub sole novi*, nè io tengo alla priorità di esso, lo riferisco per il felice risultato nel solo interesse del pratico per il quale scrivo questa nota.

Numero d'iscrizione 36. Sala chirurgica letto n. 2. T. M., di Enrico, di anni 9, da Ronciglione. Data d'ingresso 13 febbraio 1922. Uscito per guarigione il 13 marzo 1922.

Figlio di un tagliatore di boschi, mentre il padre era intento ad altro lavoro, un fratello minore del ragazzo aveva sollevato la scure per recidere una piccola pianta di castagno. Il paziente, nell'idea di dissuaderlo, pose il proprio piede destro incurvando la pianticella verso terra, ma l'altro non seppe o non volle trattenere l'arma sollevata e la lasciò cadere come mannaia sul collo del piede che in quel momento era situato in flessione plantare.

Viene trasportato su di un carro all'ospedale, che dista circa 3 chilometri dal terreno d'infortunio.

Esame obbiettivo. — Ragazzo robusto, di costituzione scheletrica regolare, è pallido per il sangue perduto e presenta segni di anemia post emorragica.

L'avampiede destro è reciso e resta cadente ma attaccato ancora per la soletta plantare; il moncone dà sangue da tutti i vasi recisi. La sezione è caduta alquanto obliquamente sul collo del piede, recidendo dal dorso alla pianta tutti i tessuti, aprendo l'articolazione tibio tarsica, recidendo la testa dell'astragalo ed il calcagno, rispettando solo la soletta plantare con alcuni laceri muscolo-tendinei della regione.

Accertatosi che non fosse possibile il riattecchimento dei tessuti recisi per la sezione totale di tutte le sorgenti nutritizie dell'avampiede (a. tibiale anteriore, le malleolari, a. plantari) non mi restava che eseguire una Pirogoff, che per altro mi avrebbe dato un moncone di amputazione molto più breve dell'arto sano e che coll'accrescimento ulteriore del bambino avrebbe aumentato la differenza in lunghezza, decisi allora di togliere l'astragalo sostituendolo nel pestello con l'osso calcaneare acconciamente preparato per essere

fissato nella troclea tibio-peroneale, ruotandolo di quasi 90 gradi.

Previa iniezione di siero antitetanico eseguo l'operazione: etere narcosi, laccio emostatico sulla coscia, trasfusione endovenosa di 500 cmc. di siero fisiologico. Toletta accurata della ferita con acqua ossigenata e liquido Dakin. Recido le parti molli per un pajo di centimetri dalla ferita accidentale, sicuro di poter chiudere la breccia con il vasto lembo plantare che avevo a mia disposizione, disarticolo l'astragalo, escido la cartilagine articolare tibio-peroneale, sego il calcagno ad una certa distanza dalla sezione, modello l'estremo anteriore di esso per fissarlo nel mortaio tibiale ed esco con l'amputante in un punto del lembo plantare che mi sembra sufficiente a ricoprire totalmente la ferita, lego l'arteria tibiale anteriore e le plantari, tolgo il laccio completando l'emostasi.

Con un perforatore passo due grossi fili di catgut tra la tibia ed il moncone calcaneare che ho ruotato in alto, fisso alcuni dei tendini posteriori agli anteriori, do qualche altro punto paraostale e riunisco i tegumenti ribattendo in avanti il lembo talloniero.

Il decorso postoperatorio fu buono: l'orlo cutaneo in qualche punto si necrosò, ma la guarigione avvenne rapidamente. Dopo 20 giorni il ragazzo gravava sul suo moncone che era indolente, ed esce dall'ospedale guarito.

Dal calco eseguito sulla radiografia del moncone (vedi fig. I) e dalla fotografia (vedi fig. II) risulta chiaramente tutto ciò che sono venuto esponendo.

Il moncone nel metodo operatorio da me eseguito, nel caso specifico, presenta i vantaggi della operazione di Syme per il lembo talloniero senza essere come questa così mutilante, e quelli della Pirogoff per la gravabilità del moncone osteplastico, senza avere il difetto di questa che sacrifica la cartilagine di accrescimento tibio peroneale inferiore. Infatti data l'età del paziente bisognava risparmiarla per l'accrescimento dell'arto in lunghezza, sapendosi che non prima dei 16 anni avviene il saldamento osteo epifisario. Non mi parve necessario ricorrere alla tenotomia dell'achilleo, prima perchè avevo riunito alcuni tendini anteriori con i posteriori antagonistici, poi perchè la vasta superficie ossea cruentata e messa a contatto doveva produrre un rapido saldamento osseo sufficiente ad opporsi alla trazione del tendine di Achille come del resto la radiografia dimostra essere avvenuto.

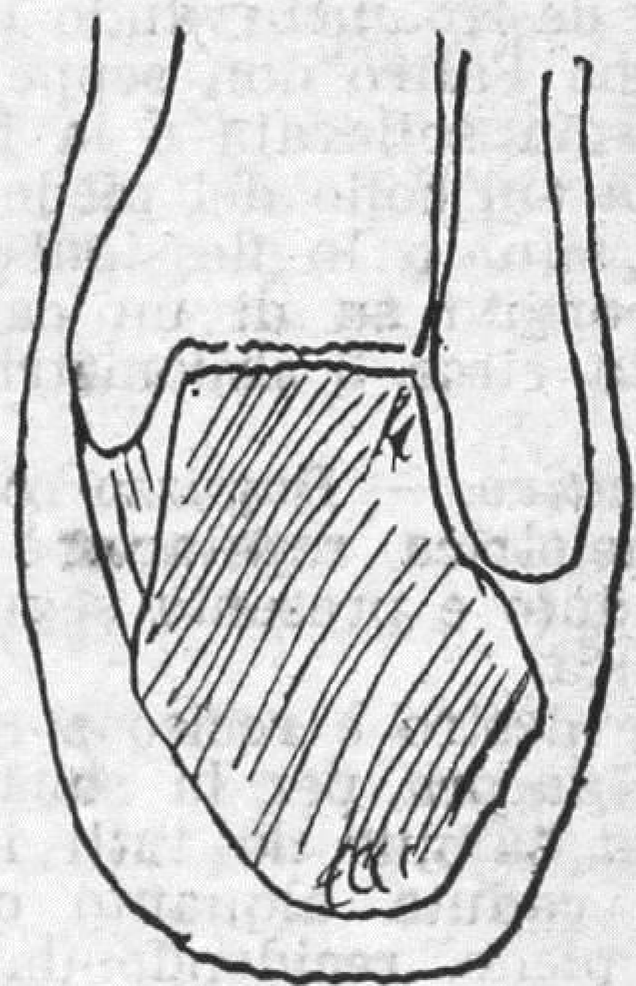


Fig. 1

L'obiezione che si può fare al metodo è che il moncone residuale viene a poggiare sul suolo coi tegumenti poco resistenti della porzione posteriore del tallone, ma il fatto pratico della perfetta gravabilità del moncone e l'ottimo stato di nutrizione della cute vista a distanza di 7 mesi dall'intervento, ha per me il suo valore dimostrativo.



Fig 2.

Attualmente con scarpa ortopedica cammina liberamente, e credo che la mutilazione non gli impedirà di seguire il mestiere del padre o l'arte del contadino.

BIBLIOGRAFIA

Wullstein, Wilms. *Chirurgia delle estremità*, vol. III.

Codivilla. *Scritti medici sulla gravabilità dei monconi.*

Ch. Monod., S. Wanverts. *Tecnica operatoria*, vol. III.

G. Wïlym, G. Duvis. *Anatomia applicata.*

F. Durante, N. Leotta. *Chirurgia degli Arti*, vol. II.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Patogenesi delle paralisi del velopendolo di natura difterica.

(DE LAVERGNE. *La Presse Médicale*, n. 19, 1922).

Le esperienze di Roux e Jersin, ed i lavori di Babonneix hanno in gran parte rischiarata la patogenesi delle paralisi difteriche, ed in particolare della stafiloplegia, che è la più comune. Tutte le paralisi del velopendolo non sono però dello stesso tipo ed oggi con la maggior parte degli autori se ne distinguono tre specie.

Paralisi anginose: molto precoci, contemporanee all'angina, scompaiono con essa. Il più delle volte non si tratta nemmeno di una vera paralisi, ma bensì d'una paresi, segno banale e non proprio dell'angina difterica.

Paralisi difteriche precoci: si debbono chiamare quelle vere paralisi del velopendolo, che sopraggiungono solo qualche giorno dopo la fine dell'angina, si accompagnano con altri fenomeni gravi e spesso sono seguite da morte, giustificando così il pronostico riservato del medico. al loro apparire.

Paralisi difterica tardiva: la più comune ed importante delle varietà, si mostra da 2 a 5 settimane dopo l'angina difterica, è per lo più isolata, ma può essere anche la prima di altre manifestazioni paralitiche.

Queste tre varietà non si osservano solo in malati differenti, ma nello stesso soggetto si può osservare il loro apparire, la loro scomparsa e nuova ricomparsa, il che mostra che la stafiloplegia è una sindrome che più d'un meccanismo patogenetico, susseguentesi, può produrre.

Paralisi anginose: il loro meccanismo di produzione non ha dato mai luogo a discussioni. Sopravvengono durante l'angina, raggiungono il loro massimo prima della fine del periodo infiammatorio, scompaiono con l'angina o persistono ancora qualche giorno. Non si accompagnano con altri disturbi paralitici; sono incomplete e dimostrano spesso di esser dovute ad una paresi dei muscoli stafilo-palatini. Infine non si osservano solo nelle angine difteriche, ma anche in angine flemmonose da streptococco. Esse quindi sono la semplice espressione della paresi d'un muscolo consecutiva all'infiammazione della mucosa o sierosa che lo ricopre, secondo la ben nota legge di Stockes della patologia generale.

Paralisi difteriche tardive: appaiono da 10 a 45 giorni dopo la guarigione dell'angina, quando il malato già si è ristabilito e si crede guarito. Oggi si può affermare che queste paralisi sono tutte di natura difterica, e consecutive a difteriti con localizzazione faringea, e determinate dalla tossina difterica, tanto vero che si sono potute riprodurre sperimentalmente, e il mezzo migliore di prevenzione è la sieroterapia precoce e intensiva. Ma quali sono le lesioni che determina la tossina? Infatti la paralisi può esser determinata o da una nevrite periferica o da una lesione centrale-poliomesoencefalica parziale limitata al gruppo di cellule dalle quali partono i filuzzi motori che innervano i muscoli palato-stafilini. Una lesione intermedia tronculare o radicolare non potrebbe dare lesioni così dissociate.

Se il tempo di incubazione breve, 3-4 giorni, nelle paralisi anginose è in rapporto con la nevrite che in questo tempo la tossina difterica, a contatto coi filuzzi nervosi, determina, un tempo più lungo non parla più per un fatto periferico, bensì per lesioni centrali.

E si comprende come occorra del tempo alla tossina per andare dai filuzzi nervosi i quali l'hanno assorbita senza alterarsi, sino al mesencefalo ove si fissa nelle cellule alterandole. Questa è una condizione che già si verifica nella patologia del sistema nervoso, come ad esempio nella rabbia, nel tetano, e in certi casi di siringomielia postinfettiva.

A convalidare l'ipotesi d'una polio-mesoencefalite causa delle stafiloplegie difteriche, sta l'esistenza d'una alterazione del liquor caratterizzata da una dissociazione albumino-citologica con iperglicorrachia, pur non contenendo il liquor, nè tossina, nè antitossina. Terzo argomento che parla a favore della polio-mesoencefalite difterica è la frequente comparsa della paralisi dell'accomodazione con la stafiloplegia. Orbene, i nervi ciliari sono rami dell'oculomotore comune i cui nuclei d'origine si trovano nella regione dei peduncoli: questi nuclei sono costituiti da vari aggruppamenti cellulari di cui uno è destinato all'accomodazione. D'altra parte la motilità del velopendolo è assicurata da cinque muscoli bilaterali: il palato-stafilino o muscolo dell'ugola, il glosso stafilino, il faringo-stafilino, il peristafilino interno o elevatore del velopendolo, e il peristafilino esterno o tensore del velopendolo. L'innervazione di questi cinque muscoletti non è ancora sicura, ad ogni modo mentre prima si riteneva che alcuni di questi muscoli fossero innervati dal VII, e solo il faringo-stafilino dal

vago e il peristafilino esterno dal V paio, oggi sembra quasi assodato dalle ricerche di Grabover, van Gehuchten, Lermoyez, che quattro siano innervati dal X paio, e solo uno, il peristafilino esterno, la cui posizione l'espone in particolar modo all'azione della tossina difterica, sia innervato da un filuzzo del trigemino.

Esistono quindi nel mesencefalo tre piccoli aggruppamenti cellulari nucleari la cui lesione produrrà elettivamente la paralisi del velopendolo e la paralisi dell'accomodazione. E il fatto ci sembrerà meno strano di quello che possa sembrare a prima vista, se noi consideriamo che due di questi nuclei sono vicinissimi tra loro, e cioè le cellule che danno origine alle fibre che presiedono all'accomodazione, situate nel piano superiore del peduncolo cerebrale al disotto dei tubercoli quadrigemini, parallelamente all'acquedotto di Silvio, e il nucleo motorio del trigemino, che situato nella parte laterale della calotta protuberanziale, si porta col suo nucleo accessorio senza interruzione fino al lato interno del tubercolo quadrigemello anteriore; ed ancora se si tien conto dell'affinità della tossina difterica per determinati aggruppamenti cellulari, fenomeno ben conosciuto in patologia, come ad es. nel tetano e nel botulismo. Ma per quale via la tossina giunge ai centri? Due teorie sono state proposte: l'una ammette che la tossina giunga ai centri per via sanguigna, l'altra per via nervosa. Contro la prima teoria sta il fatto che nel sangue dei malati non solo quando son colpiti dalla paralisi difterica tardiva, ma già qualche tempo prima, nel sangue circolante non si trova più tossina difterica, ma bensì antitossina. Questi fatti sono argomenti decisivi contrari alla teoria della diffusione della tossina per via sanguigna.

Più logica sembra la teoria sostenuta da Babonneix della propagazione della tossina al mesencefalo per via nervosa. Le esperienze provano per sè la buona base della teoria, ma più che esse, le particolarità cliniche delle paralisi tardive si illuminano con la patogenesi per propagazione nervosa. *La localizzazione* è chiara poichè è faringea la localizzazione della difterite. La paralisi può essere unilaterale quando anche l'angina è unilaterale.

Il periodo che trascorre tra l'angina e l'apparire della paralisi corrisponde al tempo che impiega la tossina per arrivare, ascendendo lungo le guaine perilinfatiche dei nervi, e senza ledere le fibre nervose stesse, sino alle cellule nucleari.

L'esistenza d'una reazione meningea costante è dovuta al fatto che la tossina, risalendo lungo i filuzzi nervosi, incontra nel suo cammino i plessi coroidei quando i tronchi nervosi penetrano nel mesencefalo e quindi può provocare indirettamnete le modificazioni cliniche del liquor.

L'esistenza d'antitossina nel sangue e il contemporaneo apparire della paralisi non sono fatti contradittori in quanto si può pensare che la tossina che risale lungo e dentro i tronchi nervosi sfugga all'azione dell'antitossina umorale, prova ne sia il fatto che nel liquor non esiste antitossina.

Paralisi difteriche precoci: esse, oltre che localizzate al velopendolo e bilaterali, comprendono talvolta anche i muscoli faringei, e il periodo che intercede tra la scomparsa dell'angina e la comparsa della paralisi è breve, non superiore a 7 giorni. Orbene, anche qui si può ritenere che la lesione sia bulbare e che la tossina sia ivi arrivata per via nervosa, che essa si sia diffusa intorno alle cellule d'origine dei filuzzi palatini del X paio, abbia colpito quelle dei filuzzi faringei, e anche quelle che presiedono al funzionamento del cuore, donde i casi frequenti di morte improvvisa. Ma per quali ragioni l'intossicazione difterica crea pur con lo stesso meccanismo di propagazione ora delle paralisi tardive, ora precoci del velopendolo? Le paralisi precoci sono generalmente in rapporto a tre fattori:

a) sieroterapia tardiva, e quindi a lungo la tossina ha agito sui filuzzi nervosi;

b) difterite grave;

c) grande estensione delle pseudomembrane sul faringe, sugli archi palatini, e sui pilastri.

Da quanto sopra si possono dedurre tre importanti applicazioni terapeutiche:

1) Nel periodo di angina, il più precocemente possibile si deve praticare la sieroterapia di intensità sufficiente, specie poi se le pseudomembrane sono estese.

2) Se si produce una paralisi del velopendolo precoce bisogna ricorrere alle più forti dosi di siero.

3) Se appare la stafiloplegia tardiva, allora prima di iniziare il trattamento sieroterapico è bene utilizzare la reazione di Schick. Se questa è negativa v'è dell'antitossina nel sangue (sia essa attiva o passiva poco importa) circolante e allora la paralisi guarirà da sè anche senza siero; se la reazione è positiva si è certi che non esiste antitossina nel sangue ed è logico iniziare subito la sieroterapia.

T. DE SANCTIS MONALDI.

TERAPIA.

I tentativi terapeutici della paralisi progressiva. (I metodi specifici).

(C. GORIA. *Minerva medica*, 1923, n. 8).

L'A. passa in accurata rassegna i metodi curativi della p., distinguendone due gruppi e comprendendo nel primo i comuni medicamenti antiluetici, nel secondo i metodi non specifici.

I rimedi specifici hanno per base i rimedi cardinali della sifilide: mercurio, arsenico, iodio, bismuto.

Terapia mercuriale. Un primo gruppo di AA. (Nickols, Anderson, Ziemssen, Meinert, ecc.), raccomandano la cura mercuriale affermando di aver ottenuto ottimi risultati. Più numerosi sono quelli i quali consigliano di astenersi assolutamente da ogni tentativo di terapia mercuriale nei p. p. non avendo constatato risultati favorevoli, ma in massima, un peggioramento della malattia: tra essi Fournier, Gowers, Obersteiner, Bianchi, ecc.

Un terzo gruppo infine (Wernicke, Jolly, ecc.) dà un giudizio intermedio e cioè consiglia la terapia mercuriale quando esistono particolari condizioni.

Kraepelin (ed analogamente Tanzi e Lugaro) si dimostra poco propenso e preferisce l'iodio, limitando il mercurio nei casi dubbi con evidenti segni di sifilide cerebrale.

Dei preparati poi, furono esperimentati tutti dalla pomata per frizione alle formule più complesse: l'esperienza dimostra che i più energici sono dannosi nei pp. (calomelano, salicilato basico). Inefficaci sono il sublimato, il cianuro, il benzoato, l'enesol, ecc. Nessuna modificazione apporta alla malattia il mercurio coleolo tanto utile nella *lues cerebri*.

S'è tentato anche di introdurre direttamente nel liquido c. r. tenui soluzioni di sali mercuriali. Byrnes iniettò siero di sangue mercurializzato con bicloruro di mercurio, Ravaut soluzione di un decimo di mgr. dello stesso sale, Sicard il cianuro di Hg. da 1 a 4 decimi di mgr. disciolti in 5 cc. d'acqua clorurata al 5 %, Lautmann il benzoato, Carniol il salicilato ed il calomelano da 5 a 7 mgr.

In complesso gli AA., affermano che questo metodo di cura è ben sopportato ma non dà alcun risultato favorevole.

Sicard nella riunione annuale della Società Neurologica di Parigi, del 1920 ha affermato chiaramente che i paralitici sono di solito danneggiati dalla cura mercuriale, qualunque sia il modo di somministrazione.

Bismutoterapia. Marie e Fourcade sperimentarono il tartrobismutato di soda e potassa in 10 casi di paralisi ed in 10 di sifilide nervosa: i risultati furono assolutamente nulli nella p. p. Gli AA. non escludono la possibilità che convenga tentarlo nella p.p. all'inizio.

Fournier, Tixier, Mandel affermano con Proust e Müller che la tabe troverebbe giovamento nella bismuto terapia. Peyri afferma l'inefficacia del bismuto nella sifilide nervosa in genere, al contrario dello Jeanselme. Fino ad oggi non è quindi possibile dare un giudizio sul bismuto.

Arsenoterapia. L'As. fu utilizzato dapprima da Scheller, Heinrich, Dauerow.

Lagardelle sostenne di aver ottenuto la guarigione in p. p. con un composto di sodio, arsenico, calcio. Poco brillanti risultati e molti pericoli dimostrò l'atoxil, presto abbandonato. Ehrlich diede ad esperimentare l'arsenofenilglicina con miglioramento di 31 p.p. (Alt). Lo stesso Alt fu il primo ad esperimentare il 606: senza riportare le numerose e varie conclusioni degli esperimentatori del nuovo rimedio e sul successivo 914, possiamo dire che un primo gruppo di AA. dichiara di non aver ottenuto alcun effetto apprezzabile sia utile che dannoso (Schlesinger, Marinesco, Oppenheim, Nonne, Michaelis, ecc.).

Altri dichiararono di aver ottenuto palesi peggioramenti con gravi fenomeni tossici e neurorecidive (Werner, Meyer, Leredde, ecc.).

Un terzo gruppo di AA. dichiara di aver osservato un miglioramento variabile da un caso all'altro di alcuni sintomi, sopratutto di quelli psichici, ovvero delle apprezzabili remissioni. Tutti questi concordemente ammettono che essi sono possibili soltanto quando la cura vien fatta nel periodo precoce della malattia e che tale metodo terapeutico è controindicato nei casi avanzati, sopratutto quando l'ammalato abbia avuto attacchi epilettiformi od apoplettiformi. Tale metodo di cura, dato anche i pericoli che presenta, è stato in questi ultimi tempi quasi del tutto abbandonato. Nè gli altri più moderni preparati arsenicali hanno corrisposto nella p. p.: silbersalvarsan, il sulfossilato di Kolle, l'eparseno, il meta-arsenobenzolo, il sulfarsenol cuprico, il luargolo, il galil.

Sicard negli ultimi anni ha proposto di somministrare i preparati arsenicali (neoarsenobenzolo, galil, sulfarsenol) a piccole dosi sottocutanee ed endomuscolari: per il neosalvarsan egli ne inietta ogni due giorni 30 ctg. e globalmente 8-10 gr. per quadrimestre fino al limite dell'azione tossica. Egli afferma che in tal modo sarebbe evitato il neurotropismo e le crisi anafilattiche.

I risultati pare siano soddisfacenti nelle mani dell'A., però il metodo non ebbe seguito.

Allo scopo di favorire il passaggio del medicamento arsenicale dal sangue direttamente nei centri nervosi, Fischer e Barbat iniettano il salvarsan nelle vene poi a mezz'ora di distanza con la puntura lombare sottraggono liquido fino a che questo non fuoriesca a goccie. Weed, Mc. Kibben ed altri introducono nell'organismo soluzioni saline concentrate per ottenere una sottrazione di liquor seguita da una vera secrezione equilibratrice nelle ore che seguono.

Ricerche recenti mostrano che il passaggio dell'As. nel liquor nelle iniezioni endovenose ha luogo solo nel 43 % dei casi: di qui la scarsa utilità del «drenaggio terapeutico del l. c. r.».

Fu tentata anche la introduzione diretta nel l c. r. dell'arsenico, sia in soluzione acquosa che in siero di coniglio o siero umano.

I risultati non furono migliori di quelli ottenuti per via endovenosa: l'unico vantaggio è una lieve modificazione favorevole del liquor il quale non muta affatto col trattamento endovenoso.

Si è tentato anche di portare il medicamento a diretto contatto della massa cerebrale per via sottodurale, sottoaracnoidea, intracraniocerebrale corticale e ventricolare.

I risultati del metodo endocranico non sono quindi affatto incoraggianti, se si eccettuano le cifre di Cotton sui paralitici iniziali (35.5 % di arresto della malattia, 25.5 % di evidente miglioramento). Questi risultati in complesso sono così scarsi di fronte ai gravi pericoli che presentano, da non invogliare a seguirli.

MONTELEONE.

Rimedi nuovi ad azione specifica.

(G. SAMPIETRO. *Annali d'Igiene*, maggio 1923).

L'A. richiama l'attenzione sull'accorta campagna di preparazione che si va svolgendo intorno ad alcune sostanze chemoterapiche ed opoterapiche, che si vantano efficacissime e che, pure ammantandosi di un velo misterioso a cautela di interessi industriali, suscitano uno straordinario interesse per le malattie a cui sono destinate e per la fiducia scientifica che godono le persone che le hanno allestite e sperimentate.

Appartiene a queste sostanze il «*Bayer* 205», un rimedio contro le tripanosomiasi, il quale sarebbe costituito da una sostanza organica complessa, in cui non entrano nè mercurio, nè arsenico, nè antimonio; la casa tedesca che lo mette in commercio ne terrebbe segreta la composizione... fino a che non saranno restituite alla Germania le colonie africane, non volendo regalare ai vincitori un rimedio che valorizzerebbe le regioni oggi infestate dalle tripanosomiasi. Esso risulterebbe assai efficace sia contro l'infezione sperimentale dei topi, sia nelle tripanosomiasi naturali; per quanto sia trascorso troppo breve tempo fra i risultati ottenuti e la loro pubblicazione, sembra che in realtà si sia trovato il rimedio specifico per le tripanosomiasi umane, ciò che porterebbe ad inaspettate conseguenze, poichè le colonie africane, liberate dal flagello della *malattia del sonno*, rappresenterebbero un importante fattore nell'economia mondiale.

Pure contro la tripanosomiasi è stato preparato negli Stati Uniti un altro rimedio, «*tryparsamide*», un sale sodico dell'acido n-fenilglicinamido p-arsenico. Esso sarebbe efficace contro il *T. gambiense*, ma non già contro il *rhodesiense*.

Nella tubercolosi si è tentato di applicare la chemoterapia, usando l'olio di chaulmoogra, di indubbio effetto nelle forme leprose, ma con scarsi o nulli risultati in quelle tubercolari.

Un altro prodotto chemoterapico, preconizzato fin dal 1912, ma ora oggetto di molte applicazioni, è lo *yatren;* trattasi di un preparato organico di jodio, che si presenta sotto forma di polvere giallastra, il quale sarebbe dotato di notevole potere battericida; questo si esplicherebbe anche a contatto con le sierosità e gli umori organici. Usato dapprima negli stati catarrali degli organi genitali femminili, venne poi applicato, e sembra con successo, nella blenorragia, nella difterite, nella dissenteria, nell'actinomicosi.

Un preparato opoterapico che, ancor prima della sua messa in commercio, ha destato moltissimo rumore nel campo medico ed in quello degli ammalati, è l'*insulina*, preconizzata e usata contro il diabete. Esso è stato estratto dal pancreas da scienziati canadesi, in base alla nozione dell'importanza del pancreas nella combusione dello zucchero, influenza esercitata non già dal succo pancreatico, ma dalla secrezione interna proveniente dalle isole di Langerhans. Gli effetti utili dell'insulina sono dimostrati dalla scomparsa dello zucchero e dei corpi acetoni nell'urina e dalla diminuzione dello zucchero nel sangue; tutti i casi sottoposti al trattamento migliorarono notevolmente. Evidentemente però l'insulina è un rimedio sintomatico, diretto solo contro il fenomeno glicosurico; esso riesce a sopprimere lo zucchero dall'urina, ossidando e bruciando lo zucchero nel sangue, e può quin-

di considerarsi utile in certi casi di iperglicemia. Prima di entrare nella pratica però va studiato ancora, ed applicato solo caso per caso, regolandone accuratamente le dosi, perchè la riduzione dello zucchero nel sangue potrebbe arrivare ad un punto tale da essere incompatibile con la vita. Si tratta di un rimedio a zona maneggevole ristretta.

Non è ancora ben noto il processo di preparazione dell'insulina. A ogni modo, interessa notare che la secrezione esterna del pancreas la distrugge rapidamente. Uno dei metodi di preparazione consiste nel legare il dotto pancreatico; le cellule addette alla secrezione «esterna» degenerano, mentre le isole di Langerhans persistono ed elaborano l'insulina, al sicuro dai fermenti pancreatici. Un altro metodo consiste nel valersi di pesci, in cui le due glandole, interna ed esterna, sono separate. Un altro risiede nella rapida estrazione con alcool. È curioso il fatto che ricerche recenti hanno dimostrato negli estratti di lievito proprietà analoghe a quelle dell'insulina, in quanto che gli uni e l'altra sarebbero capaci di trasformare il glucosio degli alimenti in una particolare modificazione, *gamma;* in tale forma, che i diabetici non potrebbero produrre, lo zucchero circola nel sangue e può venire ossidato. Anche con l'uso di questi estratti si sarebbero ottenuti miglioramenti nei diabetici.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS e BABONNEIX. *Traité de Pathologie médicale. Pédiatrie.* Tomes XXIV e XXV. A. Maloine et fils, éd. Paris, 1923. Prix Fr. 60.

Dei 32 volumi nei quali è divisa la materia del nuovo trattato francese il 24° e il 25° sono dedicati alla pediatria. È una innovazione originale in un trattato di patologia, e, secondo noi, una felice innovazione. Condensare in un trattato lo scibile medico, affidando la compilazione dei vari capitoli a competenti della materia, è vantaggioso per il medico pratico e per lo studente, che non possono usufruire di una biblioteca di opere speciali o di larghe monografie. E d'altra parte la compilazione di opere di pediatria, che decampi dai compiti veri di essa, si tradurrebbe in una ripetizione delle nozioni diffusamente tracciate nei comuni libri di patologia. La pediatria inquadrata in un libro di patologia medica è, per necessità di cose, contenuta nei suoi veri limiti, senza divagazioni e senza straripamenti.

In questo secondo volume, in due fascicoli, è svolta la patologia dell'infanzia. Dopo un capitolo generale sulle malattie da infezione del neonato, (Ed. Weill e Pehu) seguono capitoli dedicati alla dissenteria (Weill e Gardère) alla malaria, al reumatismo articolare acuto, alla difterite, alle malattie di cuore (Nobecourt), del fegato (Merklen), dei reni, degli organi genito-urinari, alle dermatosi (Rivet), alle malattie nervose (Babonneié e Voisin, alle malattie del sangue (Rivet). Chiudono il trattato nozioni di ortopedia infantile indispensabili, e nozioni di terapia infantile. Tutte quelle affezioni, come le malattie esantematiche, le quali hanno trovato posti in altri volumi del trattato non sono qui ripetute.

Alla buona iniziativa che trova una realizzazione efficace in una lucida trattazione, per quanto breve e compendiosa, auguriamo buona fortuna anche presso i medici italiani.

T. PONTANO.

CH. FIESSINGER. *Les prognostics du praticien en clientèle.* Un vol. in-16 di 324 pag. A. Maloine et fils, ed. Parigi, 1923. — Prezzo franchi 10.

L'A. è ben noto, specialmente ai lettori del *Journal des praticiens,* dove, con acume critico e con grande senso di praticità redige articoli e riviste, che sono giustamente assai apprezzati. Con gli stessi criterî sono redatti questi *Prognostics;* materia difficile, appena accennata od esposta in modo frammentario nei trattati. L'A. però non ha fatto un arido dizionario, adatto solo per consultazione, ma ha invece compiuto un'opera organica, che si legge con diletto e dà una visione esatta e chiara dell'argomento. Il volume è diviso in nove capitoli in cui la materia è raggruppata secondo i criterî di affinità, malattie del sistema nervoso, degli organi digerenti, respiratorî, cardio-renali, infettive, ecc.; i due ultimi capitoli sono dedicati alle malattie senza prognosi ed al successo in terapia.

fil.

J. B. HURRY. *Les cercles vicieux en pathologie.* Un vol. in-8 di pag. XII-354, con 24 tav. di cui una a colori. Parigi, A. Maloine et Fils editori, 1923. — Prezzo fr. 20.

La monografia di Hurry, che abbiamo altra volta presentata nella lingua originale, ha raggiunto in Inghilterra la 3ª edizione e ha conquistato un credito crescente. È dunque opportuno che il Maloine abbia pensato di renderla accessibile ai medici dei paesi neolatini.

L'A. denota come «circoli viziosi in patologia» il perpetuarsi o l'aggravarsi di due o

più disordini morbosi, per influenze reciproche. Riconosce loro tre origini: correlazioni fisiopatologiche, reazioni alle cause morbose, interventi terapeutici irrazionali (circoli viziosi artificiali prodotti dal medico). I circoli viziosi possono però anche essere interrotti e soppressi dal gioco di forze naturali o da procedimenti terapeutici. Sotto più titoli, dunque, l'arte di guarire ha il dovere di tenerli presenti.

Dando una prova di erudizione straordinaria, l'A. percorre tutti i domini della patologia, attingendovi innumerevoli esempi; dai problemi più ardui di patologia generale egli passa, senza sforzi, ai casi concreti della clinica. Numerosi schemi rendono più limpidi i concetti esposti.

a. p.

L'année médicale pratique, pubblicato sotto la direzione del dott. C. LIAN. Un vol. in-16 di 484 pag. A. Malone, ed. Parigi, 1923.

L'année médicale pratique entra nel suo secondo anno di vita e riassume in 300 brevi articoli le acquisizioni cliniche e terapeutiche dell'anno scorso, in tutte le branche dell'attività medica, senza trascurare gli interessi professionali. Esso risponde ai bisogni del medico pratico che, con la consultazione di questo volume, evita le ricerche frettolosamente faticose che si fanno sfogliando numerosi giornali e non arrivando il più delle volte che a risultati incompleti. La raccolta del materiale è stata fatta quasi esclusivamente sulla stampa francese, perchè, come dice l'A., salvo qualche eccezione, i lavori esteri che hanno applicazioni importanti compaiono anche nei periodici francesi. È un fatto però che, se in tal modo il lavoro del compilatore viene facilitato, la trattazione può in qualche parte riuscire un po' monca.

Questo secondo volume è presentato da una lusinghiera prefazione di E. Sergent.

fil.

W. CRONER. *Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken.* Un vol. in-16 di pag. 698, rilegato. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlino e Vienna, 1923.

È questo un manuale di terapia clinica, compilato secondo i criterî ed i metodi seguiti nelle cliniche berlinesi. Oltre alla medicina ed alla chirurgia generale, vi sono comprese la pediatria, l'ortopedia, la neuropatologia, la psichiatria, la ginecologia, l'ostetricia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria. La redazione è stata affidata ad assistenti delle cliniche stesse. In ogni capitolo poi la materia è stata divisa per ordine alfabetico; copiosi indici, sia per malattie, sia per medicamenti e metodi di cura rendono agevole al lettore di trovare ciò che egli cerca.

Il favore con cui il pubblico medico ha accolto questo manuale terapeutico è dimostrato dal rapido esaurirsi delle edizioni; la presente è l'ottava e mette al corrente dei metodi moderni di terapia, con capitoli speciali, fra cui citiamo quelli sulla siero-vaccino- ed organoterapia.

fil.

P. TRISCA. *Les Médecins Sociologues et Hommes d'État.* 1 vol. in-12 di pag. 224. Parigi, Alcan, édit., 1923. — Prezzo fr. 10.

Il Trisca rievoca una serie di sommi, che hanno assunto un compito notevolissimo nella politica e nella storia del pensiero scientifico: Darwin, Locke, Rabelais, Littré, Quesnay, Lombroso...

Forse non è molto legittimo trattarli da medici, poichè la loro azione si è svolta fuori del campo professionale: « Se — dice scherzosamente Richet nella prefazione apposta al volume — io fossi malato, non m'indirizzerei a nessuno di loro ».

Allo stesso modo, per riferirci a qualcuna delle nostre personalità più recenti, non molti sanno che conseguirono una laurea in medicina Grassi o Colajanni...

Tuttavia è certo che il pensiero dei maestri che abbiamo menzionato ha risentito un'impronta medica e che la loro attività si è giovata delle loro conoscenze mediche generali: quindi è giusto considerarli come appartenenti alla nostra professione.

Il Trisca tratteggia le vicende dei più illustri medici... transfughi ed esamina l'influenza da essi esercitata sulla società. Egli preconizza un compito crescente del medico nella politica e nella vita civile.

a. p.

H. ROLLESTON. *Some medical aspects of old age.* 1 vol. in 16° di pag. 170, con 9 tavole. Londra, Macmillan and C. Ltd., 1922. Rilegato; s. 6.

Sir H. Rolleston, presidente del Collegio Reale dei Medici di Londra, medico emerito dell'Ospedale S. Giorgio, raccoglie in questo volume le nozioni antiche e recenti sulla vecchiaia fermandosi alla patologia, senza occuparsi della terapia, se non per incidenza.

Tratta prima della durata della vita, adducendo vari esempi di longevità ultra-protratte, tra cui perfino alcune di oltre un secolo e mezzo; poi esamina come si stabilisce la vecchiaia; quali fattori influenzano la longevità; le cause della senescenza; le alterazioni istologiche e le fisiologiche della vecchiaia; la distinzione tra vecchiaia normale e patologica; le malattie della vecchiaia.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 25 maggio 1923.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, *presidente.*

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE.

La formolo-gelificazione per la diagnosi dell'infezione luetica.

Dott. L. ROSSI e V. TADDEI. — Gli OO. dopo una succinta rivista critica delle reazioni siero-chimiche proposte per la diagnosi della lue, espongono le loro ricerche sulla reazione al formolo proposta da Gatè e Papacostas concludendo che: la positività della formolo-gelificazione non è specifica per l'infezione luetica non mettendo essa in evidenza altro che un aumento patologico delle albumine totali e parziali del siero, comune a molte e diverse forme morbose.

Un artifizio di tecnica per lo studio delle azioni reciproche dei microrganismi.

Prof. D. OTTOLENGHI. — L'O. illustra un particolare di tecnica, con cui si possono coltivare diverse specie microbiche in prossimità l'una dell'altra, senza che si verifichi fra loro altra reazione se non quella dei prodotti diffusibili. Si tratta essenzialmente di seminare i germi sulle faccia opposte di dischi culturali (di agar, gelatina, ecc.), di spessore arbitrario, che si possono poi tenere in aerobiosi o in anaerobiosi. L'O. indica le manualità semplicissime per l'allestimento dei dischi.

Studi sui pneumococchi (Nota seconda). — *Sulla frequenza e sulla importanza dei vari tipi di pneumococco.*

MARGINESU e CORDA. — In questa seconda comunicazione sulla classifica dei pneumococchi gli OO. riferiscono le ulteriori ricerche su 52 stipiti, di cui 46 isolati da affezioni polmonari, 4 da ulcere corneali, 1 da un caso di meningite pneumococcica, 1 da un caso di angina.

In alcune affezioni polmonari, il tipo isolato *post-mortem* dal polmone, o in vita da prodotti patologici delle complicanze, ha sempre concordato col tipo isolato precedentemente dall'escreato. I vari tipi di pneumococco nelle affezioni polmonari furono trovati nelle seguenti proporzioni:

tipo I: 34.78%, mortalità 25%; tipo II: 21.73%, mortalità 10%; tipo III: 13.04%, mortalità 33%; tipo IV: 30.43%, mortalità 28%.

Dalle ulcere corneali fu sempre isolato il tipo IV.

Le forme cliniche più gravi furono date dal III e dal IV tipo. Il tipo III fu riscontrato specialmente nei vecchi; il tipo I è quello che ha dato il maggior numero di complicanze.

Gli OO. riferiscono inoltre intorno ad alcuni metodi rapidi di diagnosi batteriologica (agglutinazione allo stato nascente) e raccomandano per la conservazione degli stipiti il sangue di coniglio riscaldato per un'ora a 55°, in cui il pneumococco conserva per vari mesi la vitalità, la virulenza e l'agglutinabilità.

Nuovi mezzi di cultura del pneumococco.

Dott. G. BROTZU. — L'O. rilevando la mancanza di un mezzo nutritivo su cui il pneumococco si sviluppi abbondantemente ha studiato nuovi metodi per la cultura del germe.

Riconosciuta la necessità di un'alcalinità di Ph = 7.6 ha preso in considerazione la capacità di svilupparsi meglio su terreni al sangue e agli idrati di carbonio ed ha potuto così osservare come il pneumococco si sviluppi abbondantemente su agar amido addizionato con sangue di bue defibrinato. Si prestano pure bene il sangue di cavallo e di coniglio, e meglio ancora è il sangue di coniglio tripsinato. Tra gli idrati di carbonio servono bene il saccarosio, l'inulina, e gli amidi di riso, di frumento e di mais.

L'O. scindendo quindi il sangue nei suoi componenti ha osservato come siano i globuli rossi la parte necessaria, e di questi la sostanza più utile sia l'emoglobina. Contrariamente a quanto è stato recentemente affermato ha visto che la frazione dell'emoglobina necessaria al microrganismo è la globina, mentre l'ematina non ne facilita per niente lo sviluppo.

Ricordando infine il potere proteolitico di detto germe ha potuto constatare come esso si sviluppi discretamente su terreni con alcuni aminoacidi o loro derivati. Prof. B. L.

Società Medico-Chirurgica della Romagna. Faenza.

Seduta del 10 maggio 1923.

Sull'atrofia muscolare progressiva.

A. TESTI (Ospedale di Faenza). — A proposito di un caso di atrofia muscolare progressiva fa due rilievi di qualche importanza, l'uno riferentesi all'inizio dell'affezione dagli arti inferiori piuttosto che dai superiori, ed in ispecie dalle eminenze *tenar* e *ipotenar*, e l'altro sull'origine probabilmente grippale.

G. CARDI (Ospedale di Rimini). — Ricorda che — se non sempre — realmente molto spesso l'atrofia muscolare progressiva è di origine sifilitica. E riassume brevemente una osservazione propria in cui l'origine sifilitica della atrofia oltre che da certi speciali caratteri del quadro morboso fu dimostrata dalla R. W. +, ma sopratutto dalla rapida completa guarigione ottenuta con la cura specifica.

A. TESTI. — Il rilievo fatto sull'eziologia dell'atrofia muscolare dai nevrologi francesi non va d'accordo con quanto è riferito dai trattatisti anche moderni sulle poliomieliti acute e croniche, i quali non fanno cenno della sifilide come esponente e causa delle profonde alterazioni che insorgono nei muscoli, tali da produrre il quadro classico dell'atrofia muscolare progressiva.

Sopra alcune sindromi morbose in rapporto colla plica lombo-ovarica sinistra.

S. SOLIERI (Ospedale di Forlì). — In base alla biopsia di molte centinaia di donne laparotomizzate per lesioni dell'apparecchio genitale interno si è potuto convincere che la plica lombo-ovarica (legamento infundibulo pelvico di Kustner) sinistra per i suoi rapporti col meso del sigma può essere causa indiretta di disturbi della funzionabilità del sigma stesso in circostanze determinate.

Illustra quindi un caso clinico evidente sia dal punto di vista ánatomico che clinico.

Di un semplice metodo di cura radicale dell'idrocele.

A. VECCHI (Ospedale di Faenza). — Si pratica una incisione di 2-3 centimetri della cute e della vaginale e si introduce una striscia di garza sino negli sfondati superiore ed inferiore della vaginale stessa.

La garza viene tolta dopo due giorni. Si produce una vaginalite ádesiva con guarigione radicale definitiva dell'idrocele come l'A. ha potuto constatare in 30 casi operati.

Il metodo è una semplice modificazione degli antichi metodi di fognatura e del met. di Volkmann, sui quali però ha notevolissimi vantaggi. In molti casi può sostituire con utilità i comuni metodi (Bergmann, Winkelmann, ecc.), perchè si eseguisce facilmente e rapidamente in anestesia locale e richiede una brevissima degenza.

A richiesta del prof. Solieri risponde di non avere notato fra i suoi operati nessun caso di recidiva.

I recenti metodi curativi della pertosse.

P. GALLI (Brefotrofio di Faenza). — In una recente epidemia di pertosse ha sperimentati l'etere e i vaccini specifici. Come termine di confronto ha preso un gruppo di 35 bambini pertossici di varie età curati coi soliti medicamenti (balsamici, calmanti, preparati opoterapici).

L'etere impiegato in 50 bambini si è dimostrato senza alcuna influenza preventiva e abortiva: per contro fu molto efficace nella fase convulsiva della pertosse e nelle complicazioni bronco-polmonari: la malattia si mitiga e si abbrevia e le complicazioni guariscono sollecitamente.

Il vaccino specifico, impiegato a scopo profilattico in 43 bambini, corrispose all'aspettazione: si può calcolare che circa il 90% dei bambini vaccinati rimase esente dalla pertosse. Adoperato su 50 bambini a scopo curativo il vaccino si è dimostrato vantaggioso purchè sia usato ad alta dose e nel primo stadio della malattia. La sua azione benefica consiste nella attenuazione dei sintomi, nella regolarità di evoluzione e nell'accorciamento del decorso complessivo della pertosse.

Trattamento della ischialgia reumatica col novarsan per via orale.

A. LESI (Ospedale di Forlì). — L'O. ha avuto in 15 casi resultato favorevole col novarsan per via boccale.

Sulla settima costa cervicale falsa o soprannumeraria.

GINNASI (Ospedale di Faenza). — Esprime il parere che le alterazioni principali non siano quelle da compressione del fascio angio-nervoso, ma debbano piuttosto attribuirsi ad una alterata funzione del sistema simpatico perivasale che si determina in modo qualche volta lentissimo e che non coincide sempre collo sviluppo completo della costola soprannumeraria tantochè la diagnosi si stabilisce in un'epoca tardiva e spesso casuale.

Riporta un caso di una ragazza di 23 anni che presentava la formazione caratteristica e completa della settima costola cervicale bilaterale (controllata radiograficamente) con disturbi più nervosi che vascolari solo a destra. Il caso è guarito con scomparsa completa dei sintomi.

Di un caso di sifilide vescicale.

LUETICHAU (Ospedale di Forlì). — Si trattava di una ammalata sofferente da circa sei anni di disturbi vescicali in cui la W. R. positiva e la cura specifica portarono a guarigione. L'esame cistoscopico, incompleto, aveva rivelato i segni di cistite banale.

Influenza a manifestazioni prevalentemente cutanee.

PANTALEONI (Ospedale di Forlì). — Durante la epidemia influenzale del gennaio-febbraio 1923 sono capitati all'O. 5 casi di influenza a manifestazioni cutanee tipo scarlattina. In tutti si ebbero gli stessi sintomi: febbre alta improvvisa, arrossamento del viso e delle fauci, tosse secca, conato di vomito, cefalea e senso di troncatura del corpo: la temperatura si mantenne alta per tre giorni, poi cadde quando si manifestò un eritema diffuso a fine punteggiatura, di colorito rossovivo, alle volte appena risaltante sulla pelle, altre volte rilevata, localizzata al viso, al tronco, agli arti superiori e all'interno delle coscie: tale esantema determinò una modica elevazione termica per due o tre giorni, poi apiressia e senso di benessere generale; e all'esantema successe una pigmentazione della pelle che si mantenne per 8-10 giorni, cui seguì desquamazione nei tratti ove più evidente era stata l'eruzione. Prognosi fausta in tutti i casi.

Carcinoma della papilla di Vater.

MONTANARI (Ospedale di Faenza). — Presenta un pezzo anatomico di carcinoma della papilla di Water riguardante un ammalato di 62 anni del quale riferisce la storia, descrive l'andamento della malattia, riassume il lavoro diagnostico il quale portava alla diagnosi confermata dalla microscopia.

Società dei Medici a Vienna.

Riassunto delle comunicazioni di WENCKEBACH, EPPINGER e HOFER *nelle sedute del Congresso degli Internisti Tedeschi* (10-IV-23) *e della Società dei Medici di Vienna* (20-IV-23).

La resezione del nervo depressore quale rimedio contro l'angina pectoris.

Lo studio sopra l'eziologia dell'angina pectoris e specialmente i lavori di MACKENZIE, LUDWIG e CYON non affermano l'opinione generale che l'angina p. fosse identica con (o causata da) la sclerosi delle arterie coronarie. I grandissimi dolori nel cuore, che sono un sintomo obbligatorio dell'angina, e le loro irradiazioni nelle varie parti del corpo, al più spesso nell'antibraccio sinistro, dettero origine all'idea che fosse gravemente partecipe negli accessi il nervo depressore, che viene detto da Cyon il nervo cardiaco dell'amore e dolore.

L'anatomia di questo nervo era finora molto dubbia. Si sapeva solamente che si trattasse d'un ramo del nervo vago, che in vari animali, ma neanche regolarmente, ha un corso indipendente, cominciando con due rami dal n. laringeo superiore e dal vago circa l'altezza del laringe e terminando nell'aorta. La topografia umana di questo nervo era quasi sconosciuta. SCHUMACHER aveva descritto vari rami, che cominciano nella sovradetta regione dal nervo lar. sup. e dal nervo vago e che si uniscono dopo un corso più o meno lungo col sistema simpatico. Ma la sua opinione, che si tratti qui d'un analogo del n. depressore animale, non fu ancora confermata da esperti fisiologici.

Le nuove indagini di HOFER dimostrano, che questi rami si trovano quasi regolarmente nel corpo umano. La loro resezione fu fatta finora in dieci casi di angina pectoris secondo le indicazioni di WENCKEBACH ed EPPINGER.

Un unico caso ebbe fine letale; è morto a causa di una paralisi bilaterale del n. recorrente. Fu fatto uno sbaglio: la resezione non dev'essere eseguita contemporaneamente alla parte destra e sinistra. Non si trattava di una lesione anatomica dei ricorrenti; secondo HAJEK (*discussione*) può già l'ammaccatura involontaria del n. vago produrre una tale paralisi passeggiera. Se viene fatta la resezione bilaterale in due tempi, questa fatale complicazione d'una paralisi *bilaterale* del n. recorrente viene evitata con massima sicurezza. Qualche volta basta per la cura dell'angina di petto la resezione unilaterale del n. depressore.

Finora era sempre possibile la resezione, ma vista l'eventualità che in uno o l'altro caso non si trovasse un corso indipendente del n. depressore, si dovrebbe pensare, se non fosse indicata in questi gravissimi casi anche una resezione del n. vago. Gli effetti della operazione di Eppinger-Hofer sono molto soddisfacenti; furono dimostrati casi, che dopo lunghi anni di gravissimi accessi, si trovano ora quasi liberi. I. BAUER e DENK ricordano la vecchia operazione di François-Jonescu della resezione del simpatico cervicale. Sarebbe da pensare, se i buoni risultati di questa operazione non siano l'effetto della implicita resezione di rami del n. depressorio, che nel suo corso inferiore è unito col tronco simpatico.

Ma questa resezione del tronco simpatico è molto più pericolosa che la operazione di Eppinger-Hofer, che con le cautele sovradette non è neppure una procedura grave. I nuovi reperti hanno delle conseguenze interessantissime sulle nostre opinioni sopra il meccanismo dell'angina pectoris (effetto del nitrito di amile, ecc.). A. NEUMANN.

Associazione Medica Britannica di Londra.

Il problema degli streptococchi in patologia e in clinica.

L'argomento fu discusso ampiamente alla « British Medical Association » (*Brit. med. Journ.*, 12 nov. 1922).

J. M. BEATTIE ricorda la frequente presenza di streptococchi emolitici nel faringe normale (dal 50 al 92 % dei casi, se si prende il materiale dalle cripte tonsillari), mentre si trovano di rado nel naso e sulle gengive.

Molte infezioni acute cominciano col mal di gola, ed allora è generalmente facile dimostrare gli streptococchi emolitici nel faringe, e, più tardi, nelle complicazioni. Essi sono frequente causa di infezione secondaria in molte malattie. Nella scarlattina si trovano quasi costantemente sulle tonsille (in prevalenza il tipo III di Gordon), e spesso nel sangue, negli organi, ed anche nell'urina. Spesso si trovano anche nel vaiolo, morbillo, influenza, difterite, più facilmente a malattia inoltrata: sono la causa più comune delle broncopolmoniti. Furono trovati in cultura pura nel liquor in un caso sospetto di meningite, nel quale poi si sviluppò una scarlattina (Beattie). Blak e Cecil mostrarono sperimentalmente che l'inalazione di cloro facilita l'invasione polmonare degli streptococchi emolitici. Possono dare setticemie primitive, in qualche caso forse riferibili a forme tipiche di scarlattina.

Per difendersi da tanta attività patogena è utile la disinfezione sistematica della bocca e del nasofaringe: il problema poi dell'immunità contro questi germi è in intimo rapporto con quello della loro classificazione. Il criterio morfologico, della maggior virulenza degli stipiti a lunghe catene, si è dimostrato fallace. Il criterio della fermentazione dei carboidrati (Gordon e A.), eventualmente aggiuntavi l'acidimetria (Virchow), sembra valevole solo per gli stipiti di recente isolati (Hopkins e Lang), e può, entro certi limiti, indicarne la provenienza: gli stipiti più patogeni, secondo questi AA., sarebbero molto emolitici. Secondo Rosenau le infezioni streptococciche acute dipenderebbero da str. emolitici, le croniche da str. non emolitici (generalmente dallo str. *viridans*).

Recentemente fu applicato il criterio delle reazioni immunitarie. Per la prova dell'agglutinazione occorre una sospensione omogenea, e che non

tenda alla floculazione spontanea; ciò si ottiene dosando con somma cura la concentrazione degli idrogenioni (Dochez, Avery e Lancefield): del resto anche per lo sviluppo delle culture la reazione del terreno ha molta importanza (Beattie).

Furono così differenziate 125 varietà di str. emolitici; secondo Havens tre tipi comprendono la quasi totalità degli stipiti. La prova delle precipitine, secondo Barnes, vale a distinguere i tipi. Sono differenti anche per le proprietà emolitiche e fermentative.

Riguardo all'utilità pratica di queste classificazioni l'A. ricorda che gli empiemi sperimentali, prodotti da Gay e Stone nel coniglio, col loro streptococco H, furono prevenuti e curati (sebbene in una piccola percentuale di casi) mediante un immunsiero omologo: il vantaggio fu evidente in confronto dei controlli senza siero. I vaccino si mostrò invece dannoso.

Anche rispetto al topo bianco (Dochez) è dimostrata l'utilità degl'immunsieri omologhi e l'inutilità degli sterologhi, per l'infezione da streptococco emolitico.

Nell'uomo vi è poi l'argomento analogico della utilità dei sieri omologhi contro le polmoniti e contro la meningite cerebrospinale.

J. H. Dible osserva che una classificazione a scopo clinico dev'essere semplice, a limiti netti, e deve corrispondere a reali differenze nell'azione patogena. È semplice se i caratteri discriminativi sono pochi. È poi inutile moltiplicare le suddivisioni, se i vari stipiti si possono ridurre a pochi tipi per gli scopi pratici; anche se ne risulti così una classificazione artificiale. L'intento è stato raggiunto pel gruppo tifo-coli.

Una classificazione degli streptococchi molto seguita è quella di Holman (1916). Questi li distingue in emolitici e non emolitici. Omettendo le varietà che comprendono solo pochi individui, egli suddistingue:

tra gli emolitici:

S. infrequens, che fermenta lattosio, salicina, mannite;

S. pyogenes, che fermenta lattosio e salicina;

S. subacidus, che non fermenta nessuno di questi carboidrati.

Tra i non emolitici:

S. faecalis, che fermenta lattosio, salicina, mannite;

S. mitis, che fermenta lattosio e salicina;

S. ignavus, che non fermenta nessuno di questi carboidrati.

Però i varî str. emolitici sono uniformemente diffusi in tutti gli *habitat* dell'organismo; se qualcuno sembra fare eccezione, e prevalere in una data sede, ciò è dovuto a che qualche autore lavora prevalentemente con streptoc. che da essa provengono. Pertanto Dible vorrebbe fare degli emolitici un solo gruppo.

Lo stesso accade pei non emolitici, che si trovano pure nell'erisipela, osteomielite, ecc. Solo se ne distingue il *faecalis*, che abita essenzialmente le feci.

Dible ha mostrato che certe proprietà tendono ad associarsi o ad escludersi (associazione negativa): ad es. gli stipiti più resistenti al calore tendono a fermentare la mannite, ma non formano lunghe catene, e non fermentano il raffinosio. Egli propone una classificazione su questa base. Crede non si debba esagerare l'importanza delle mutazioni, e invece convenga cercare le proprietà che nei comuni terreni (*agar, brodo*) non variano, escludendo dallo studio, come cultura impura, qualche stipite discordante. Così gli streptococchi più virulenti variano col tempo la proprietà di fermentare i varî zuccheri, ma si mantengono emolitici. Lo schema di classificazione dell'A. è il seguente:

Str. emolitici:

Str. haemoliticus (*val. S. pyogenes*).

Str. non emolitici:

Enterococcus: fermenta la mannite, resiste al calore, non forma lunghe catene.

Str. saprophyticus: non fermenta la mannite (val. *S. viridans*), resiste poco al calore, forma lunghe catene.

Str. salivarius: fermenta anche il raffinosio o l'inulina, o entrambi.

S. mitis: non fermenta nè raffinosio nè inulina.

J. W. Mc.Leod ha veduto che gli str. più virulenti producono più emolisina, e crescono più rapidamente, coltivati in siero umano non diluito: il solo criterio del rapido sviluppo non è indice sicuro di virulenza. Se, come pare, gli stipiti virulenti per l'uomo, non lo sono per gli animali, e viceversa, vi è poco da sperare nei sieri, anche omologhi.

H. Warren Crowe propone che i vaccini contengono il maggior numero di varietà di streptococchi, data la nostra ignoranza del potere patogeno di ciascuna.

W. Ford Robertson vorrebbe aggiungere come carattere differenziale l'aspetto delle colonie in agar-emoglobina.

J. M. Beattie fa osservare che non si può fare affidamento, per la classificazione, su di uno o due caratteri soltanto. Una classificazione utile deve distinguere stipiti omologhi per la patogenicità o per l'immunità. Dice che non sempre i vaccini sono responsabili dell'effetto curativo che loro si attribuisce.

DORIA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo clinico alla conoscenza della malattia di Barlow (scorbuto infantile).

È importante, osserva C. Pestalozza (*La Clinica Pediatrica*, n. 3, marzo 1923), riconoscere il morbo di Barlow nello stadio iniziale, perchè soltanto la terapia razionale riesce a determinare la scomparsa dei sintomi, spesso atipici e che vengono attribuiti molte volte a cause differenti dalle reali. I segni caratteristici delle forme iniziali sono: le alterazioni gengivali, il segno radiologico parziale di Fraenkel e il reperto ematologico. L'esame delle gengive del lattante deve essere accurato perchè le alterazioni sono spesso poco estese: esse si trovano in corrispondenza dei denti rotti. Il quadro radiologico parziale di Fraenkel è caratterizzato specialmente dal fatto che la linea diaepifisaria degli estremi distali dei femori è notevolmente ispessita e presenta l'aspetto di un'ombra trasversale, ora lineare, ora leggermente curvilinea, ora sfumata, profondamente oscura, più ampia al centro e assottigliata ai lati. Il reperto ematologico è quello di un'anemia a tipo clorotico. La lieve dolorabilità che può talvolta accompagnare questi stadî rudimentali Barlowiani non avrebbe nulla di caratteristico; più costante sarebbe in questi casi l'arresto della curva d'accrescimento in peso e in lunghezza. Le forme fruste della malattia di Barlow sono molto numerose; esse si manifestano solo con un solo dei sintomi. Tra le forme monosintomatiche sono importanti la forma ematurica, la forma nevralgica, la forma paraplegica, la forma coxalgica, la forma purpurica (rarissima), la forma esoftalmica; altre volte l'unico segno del morbo di Barlow è costituito da un cefalo-ematoma o da un ematoma palpebrale. L'autore riferisce 3 casi classici di morbo di Barlow in bambini di 17, 13 e 15 mesi, 2 casi iniziali in bambini di 20 e di 12 mesi (arrossamento e tumefazione delle gengive), 3 forme fruste (lattante di 8 mesi con una grossa tumefazione dolente ricoperta da pelle lucida, in corrispondenza del terzo inferiore della coscia destra e dolori a tutto l'arto); bambina di 2 anni con gengivite emorragica e dolori lievi alla pressione delle epifisi distali dei femori e prossimali delle tibie; bambina di 19 mesi (con gengivite emorragica e arresto di accrescimento in peso), e una forma intermedia tra il morbo di Barlow e lo scorbuto degli adulti (bambina di 3 anni).

Nel morbo di Barlow predominano le lesioni ossee, che sono eccezionali nello scorbuto degli adulti; nel bambino piccolo inoltre la gengivite mantiene esclusivamente il carattere emorragico, e solo nel bambino più grande essa è necrotica e accompagnata da foetor ex ore: mentre nell'adulto assume le caratteristiche della gengivite gangrenosa e fungosa.

POLLITZER.

La patogenesi ed il trattamento del rachitismo.

E. Pritchard (*British med. Journal*, 26 maggio 1923) osserva che una nota costante e caratteristica del rachitismo è l'aumento di emissione del calcio (normalmente un bambino ne emette circa 20 cg. al giorno), che viene espulso nella massima parte con le feci in forma di saponi. Ora è noto dalle ricerche di Hamilton e Tobler che la funzione principale del calcio nel metabolismo è quella di neutralizzare i corpi acidi, mentre l'osso in via di sviluppo non riceve la quantità richiesta di calcio se non quando i bisogni vitali della neutralizzazione degli acidi sono stati soddisfatti. Noi dobbiamo quindi ricercare il fattore patogenetico del rachitismo in uno stato di acidosi, che può venire prodotto da varie condizioni, che sono: 1) disturbi del metabolismo specialmente nel senso del rallentamento (digiuno, oscurità, umidità, mancanza di esercizio muscolare); 2) disturbi endocrini; 3) digiuno vitaminico; 4) infezioni croniche (sepsi, tubercolosi, sifilide, B.coli, ecc.); 5) disturbi digestivi (alimentazione difettosa, intossicazioni intestinali, diarree, ecc.). Tutte queste condizioni mettono capo allo stato di acidosi, però con un quadro clinico affatto diverso secondo i casi; i sintomi saranno quindi diversi secondo i fattori eziologici e così diverso ne sarà il trattamento. Sarebbe di fatto irragionevole curare un caso di rachitismo dovuto ad eccesso di carboidrati, come quello dipendente da infezione cronica o da mancanza di vitamine. La terapia specifica del rachitismo consiste dunque nel trattamento dei fattori che lo hanno provocato; indipendentemente da ciò il trattamento sintomatico è uguale in tutti i casi e consiste nel fornire una quantità adeguata di calcio in forma assimilabile e nella terapia alcalina.

fil.

Per promuovere lo sviluppo.

Condizione indispensabile è che l'organismo sia ancora in via di sviluppo (notoriamente lo sviluppo cessa del tutto verso i 20 anni).

Per accertare che un bambino od un ragazzo siano in ritardo nello sviluppo, conviene valersi delle tabelle speciali, che però nulla hanno di assoluto: le medie variano con le razze e con le famiglie.

Primo requisito, osserva M. Springer (*Presse Méd.*, 16 giugno 1923), è di allontanare le cause generali: sifilide ereditaria, tubercolosi ganglionare, dispepsie, intossicazioni croniche, tiroiditi croniche (gozzigene) e altri fattori di turbe endocrine, ecc.

In secondo luogo, eliminare le cause di distrofia: favorire l'ossigenazione e quindi prescrivere la vita all'aria libera, trattare le vegetazioni adenoidi e le ipertrofie tonsillari (medicalmente o chirurgicamente), far compiere esercizi di ginnastica polmonare (3-4 sedute al giorno di 5 minuti ciascuna), evitare i cibi impoveriti di vitamine (conservati) o distrofizzanti (alcool).

Mezzi più specificamente diretti a stimolare l'accrescimento sono: i decotti di cereali (preparati da poco, rinnovati ogni giorno, da usare come bevanda abituale) e il consumo di legumi con la loro acqua di cottura e di cibi freschi e variati, per rifornire all'organismo sali minerali e vitamine; l'elettrizzazione delle cartilagini di congiunzione del ginocchio (per attivare lo sviluppo in altezza); l'opoterapia contro le insufficienze endocrine: specialmente utile si dimostra la cura tiroidea, giovano meno quella timica od a base di altre glandole endocrine; i fosfati di calcio (per rifornire all'organismo il calcio, essendovi spesso decalcificazione); i ricostituenti generali (ferro, arsenico, stricnina, iodio); i rimedi vitaminici (olio di fegato di merluzzo, lievito di birra, fermenti lattici, kefir, ecc.); i fattori che promuovono la vitalità: ginnastica generale quotidiana, idroterapia (calda o tepida o fredda secondo che viene meglio tollerata, preferibilmente bagni di mare o in acqua salata, molto brevi, di non oltre 5 minuti), elettrizzazione statica (che favorisce lo sviluppo di tutti gli esseri).

I rimedi, dunque, non mancano, ma la loro stessa abbondanza rende alquanto scettici sulla loro efficacia.

V.

Un caso di malattia di Köhler.

Nel 1908 il radiologo tedesco Köhler descrisse una nuova malattia che si riscontra in ragazzi fra i 5 e i 9 anni, senza precedenti morbosi personali od ereditari di importanza. In seguito ad un lieve trauma o senza causa apparente, si manifesta in essi un dolore più o meno vivo sul dorso del piede a livello dello scafoide. All'esame radiografico, mentre le altre ossa sono normali, lo scafoide presenta invece le seguenti alterazioni:

1) Riduzione di volume; 2) forma e contorno per lo più irregolari; 3) scomparsa dei limiti di separazione delle sostanze corticali e spugnosa; 4) accresciuta densità con relativo aumento fino al quadruplo dei sali di calcio.

Gli ammalati presentati dal Köhler, sottoposti ad una cura che aveva per fine di mantenere l'arto affetto in riposo, guarirono in un periodo vario da uno a due anni e mezzo. Nel 1922 si contavano già una quarantina di casi simili. Per l'etiologia Köhler nei tre casi da lui osservati non rilevò alcun trauma; Schultze sopra 7 casi in sei rilevò un trauma, e così altri autori trovarono traumi di qualche rilievo, come la caduta di un oggetto sopra il piede, una leggera distorsione, ecc. Ma in un gran numero di casi non può essere invocata alcuna azione traumatica, e la malattia ha inizio insidioso.

Nella patogenesi, gli autori non sono d'accordo: pare che la malattia prediliga ragazzi in floride condizioni di salute. Sarebbe una malattia sui *generis*, senza traccia di rachitismo, senza mixedema, osteomalacia o tubercolosi o sifilide. Per Köhler si tratterebbe di un'anomalia di sviluppo della scafoide, dapprima di grandezza normale si riassorbirebbe in seguito. Per Wohlauer si tratta di un difetto di formazione dello scafoide, che ha tendenza a guarire; per l'Heath si dovrebbe pensare ad un'ossificazione prematura dell'osso, onde diminuzione della grandezza ed aumento della densità. Come sintomi il ragazzo accusa dolore in corrispondenza dello scafoide di un piede: egli zoppica un poco, trascina il piede, cammina con leggero grado di varismo, meno frequente con valgismo. Il dolore risiede nella parte mediana del margine interno del piede, poco accentuato durante il mattino, più vivo durante il giorno, aumenta la sera, scompare nella notte. Esaminando la regione scafoidea si nota una tumefazione alla quale prendono parte spesso, solamente le parti molli della faccia dorsale del piede. Raramente vi è rossore e calore locale. Vi è un certo grado di atrofia dei muscoli del polpaccio. Tutti i movimenti del piede sono liberi.

All'esame radiografico, solo lo scafoide si trova modificato nel suo volume, nella sua forma, nella sua densità, nella sua struttura. La forma è come a biscotto o a disco biconcavo; i contorni ora regolari, ora ondulati, dentellati. La densità è aumentata tanto che si è parlato di opacità metallica. L'aspetto

radiografico varia secondo il periodo di malattia.

Nella diagnosi differenziale occorre tener presenti le contusioni semplici, le distorsioni, le fratture dello scafoide, la tarsalgia provocata dall'osso tibiale esterno, l'osteo-artrite tubercolare. L'immagine radioscopica ci mette sulla giusta strada. La prognosi è favorevole. Il decorso varia da mesi a qualche anno.

Se vi sono disturbi subiettivi notevoli, nella cura può essere indicato l'apparecchio gessato con una finestra in corrispondenza dello scafoide per tener questo sotto controllo. Cessato il dolore si sostituisce all'apparecchio gessato uno ortopedico, facendo evitare al p. ogni eccesso di moto.

Nel caso dell'A. si trattava di un ragazzo di sei anni e mezzo con anamnesi ereditaria e remota personale negativa, accusanto dolore al piede sinistro e claudicazione dappoichè due anni prima aveva messo un piede in fallo. Due settimane prima dell'osservazione medica era incominciata una tumefazione del piede stesso. L'esame clinico fece rilevare un lieve valgismo del piede sinistro, sul cui lato dorsale ed interno si notava una sporgenza gibbosa a curva regolare, su cui la cute era percorsa da reticolo venoso. Si notava notevole aumento del calore locale. La tumefazione era dolente alla palpazione manuale; dolente era la pressione sull'arcata plantare. Tutti i movimenti attivi del piede si mostravano lievemente ridotti. All'esame radiografico si notano le tipiche alterazioni di Köhler.

(F. PONTI, *L'Ospedale Maggiore*, 1922).

MONT.

Osteomielite dell'ileo nei fanciulli.

C. Bearse (*Jour. A. M. A.*, 7 aprile 1913) osserva che non è comune, ma neanche rara.

Le cause sono le stesse che nell'osteomielite delle altre ossa. Le manifestazioni generali sono le solite ma i sintomi locali sono ingannatori perchè si riferiscono piuttosto all'articolazione dell'anca. Tener conto sopratutto della dolorabilità localizzata nei casi acuti, e dell'intumescenza nei casi cronici; non è rara una contrattura dei glutei.

Il dolore e la contrattura rendono difficili i movimenti della coscia, non però impossibili. I raggi X giovano alla diagnosi nei casi cronici, sono spesso inutili nei casi acuti. La perforazione dell'osso è la regola se non l'interviene: si può giungere alla distruzione di buona parte dell'ileo con grave danno della statica dell'arto corrispondente. Talora si hanno infezioni metastatiche in altre ossa. Talora la lunga suppurazione è causa di fegato amiloide. Altre complicazioni possono essere l'artrite dell'anca, l'erosione dell'arteria femorale, flebite della vena iliaca, formazione di seni fistolosi.

La diagnosi precoce è condizione di un intervento precoce, che previene le complicazioni. Se la lesione è ben drenata dalla perforazione ossea può bastar l'incisione dell'ascesso che si è formato: altrimenti occorre trapanare, ed eventualmente resecare parte dell'ileo. L'A. riferisce due casi, in uno dei quali si era già prodotta l'amiloidosi: l'osteomielite dell'ileo era secondaria od un'osteite dello sterno ed un trauma ne fu la causa occasionale.

DORIA.

SEMEIOTICA.

Pneumoperitoneo e sua facilitazione nella diagnosi di lesioni sottodiaframmatiche.

Gli AA. hanno impiegato il pneumoperitoneo nella discriminazione della diagnosi di ascesso sottodiaframmatico: in un primo caso ad esempio esisteva una pleurite destra consensuale per lesione sottodiaframmatica: la replezione gassosa dell'addome e la chiarezza dello spazio sub-frenico per distacco della cupola epatica fece escludere la possibilità di un ascesso sottodiaframmatico con pleurite consensuale e indirizzare le ricerche piuttosto verso la regione renale (ascesso perirenale). In un altro caso — in cui il pneumoperitoneo era stato eseguito per altra lesione — il fatto che lo spazio tra diaframma e cupola epatica era parzialmente oscurato, fece avanzare l'ipotesi — successivamente confermata — di un incipiente ascesso sub-frenico.

Il metodo del resto, secondo L. R. Santé, *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, n. 7, 17 febbraio 1923), può essere largamente usato in altre circostanze: per stabilire aderenze della milza prima della splenectomia; per la diagnosi di ernia diaframmatica e specialmente per la diagnosi di cardiospasmo, potendosi così discriminare la possibilità o di lesioni organiche o di aderenze diaframmatiche, e specialmente fra le prime la presenza o meno di una ulcera semplice o carcinomatosa.

MILANI E.

Dolore frenico della spalla indice di lesione diaframmatica.

Il dolore alla spalla, specie in corrispondenza dell'acromio, e al collo, specie sul cucullare, non è raro in tutte le circostanze in cui il diaframma e gli altri territori di distribuzione del nervo frenico (pericardio, surrenali) vengono irritati. Si può quindi avere nelle peri-

carditi, nelle pleuriti, sopratutto nelle pleuriti diaframmatiche, negli ascessi subfrenici, nelle colecistiti, nella polmonite, nell'infarto polmonare destro, nell'actinomicosi della base del polmone destro, nell'ascesso del fegato, nell'ulcera gastrica o duodenale perforata, nelle peritoniti, perispleniti, appendiciti, pancreatiti acute, rottura di gravidanza estrauterina, tumori surrenali, pressione sul diaframma di tubi di drenaggio. Negli stessi casi altre irradiazioni si possono avere alle pareti addominali o toraciche (interessamento degli ultimi sei nervi intercostali). Il dolore è spontaneo, circoscritto, spesso a distribuzione radicolare, con iperestesia e iperalgesia: si esacerba spesso col respiro, con la tosse coi cambiamenti di posizione.

(T. ORR. *Journ. A. M. A.*, 19 maggio 1923).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della osteo malacia. — Al dottor O. G., abb. n. 3452:

La cura della osteo-malacia ha una storia, che segue passo per passo le opinioni differenti sulla natura e patogenesi della malattia: dall'olio di fegato, al fosforo, all'ossigeno, al cloralio, al cloroformio, si giunge alla cura adrenalinica, alla vaccinoterapia alla Wright, alla castrazione. Nessuna di tali terapie ha il consenso generale degli studiosi, e si può dire che ognuna di esse ha avuto strenui sostenitori, una base di esperienza clinica dimostrativa, ha provocato aspre polemiche.

Modernamente la adrenalina per iniezioni (metodo Bossi), la cura col cloroformio (cloroformizzazione unica o ripetuta, metodo Petrone sostenuto e divulgato da Arcangeli), la vaccinazione con auto vaccino (isolamento dalla cultura ossea del diplococco di Arcangeli e Fiocca e preparazione del vaccino, metodo Arcangeli), sono i metodi più in uso.

L'esperienza degli studiosi, che tali metodi di cura hanno controllato, non è neppure essa concorde per una decisa preferenza.

T. PONTANO.

Nell'arteriosclerosi cerebrale. — Al dottor X:

La cura per l'arteriosclerosi non ha guadagnato gran che di nuovo dagli studi più recenti: essa resta quindi circoscritta a mezzi igienico dietetici, quali sono indicati nei comuni trattati.

Per la localizzazione cerebrale, il riposo mentale è l'elemento fondamentale della terapia. Gran parte della produzione farmaceutica, di cui sono inondate le pagine di reclame nei giornali politici e medici, è destituita di efficacia curativa.

t. p.

Trattati di semeiotica medica e tecniche di reazioni. — Al dottor F. U., Trento.

Ancora quello del Sahli è uno dei migliori e più completi trattati di semeiotica medica. Tra i manuali, che si raccomandano per la loro brevità, ricordo quello del Ferrannini. Per la sierologia sono consigliabili gli «elementi di Sierologia» di A. Ascoli, per la batteriologia il volume recente del Dopter. In un solo volume il Bard (Précis des examens de laboratoire), raccoglie, con lodevole precisione, quanto può essere utile al medico al letto del malato.

t. p.

Esami per medici di bordo. — Agli abbonati n. 9513, 6051-4 e altri:

Abbiamo già risposto nello scorso fascicolo.

VARIA.

Eccesso di nascite.

Il numero di luglio del *Practitioner* — uno dei più serii e diffusi periodici inglesi di medicina — è consacrato interamente alla *contracezione*, termine nuovo, che significa «limitazione dei concepimenti».

Il grosso fascicolo raccoglie una serie di articoli, dovuti a sanitarii di valore: sir M. Abbot-Anderson; F. Forthergill, professore di ostetricia e ginecologia nell'Università di Manchester; E. Corby, professore di ostetricia e ginecologia nel Collegio universitario di Cork (Irlanda); A. L. Mc-Ibroy, professoressa di ostetricia e ginecologia nella Scuola Medica Femminile di Londra; J. S. Fairbairn, ostetrico del St. Thomas Hospital ed esaminatore di ostetricia e ginecologia all'Università di Londra; E. Pritchard, direttore dell'Ospedale infantile di Westminster; sig.ª F. E. Barrett, consulente ostetrica e ginecologa al Royal Free Hospital di Londra; B. Whitehouse, ostetrico e ginecologo onorario dell'Ospedale Generale di Birmingham; H. R. Andrecos, ostetrico *senior* del London Hospital; N. Haire, ufficiale sanitario onorario di Sidney. Il fascicolo contiene anche un articolo redattoriale introduttivo ed alcune informazioni complementari.

In questi contributi si discute intorno alle ragioni sociali, biologiche e mediche che consigliano di limitare le nascite e sui mezzi più idonei e più pratici per riuscirvi.

Si rileva che la popolazione cresce in modo preoccupante, se non allarmante, mentre — in conformità alla vecchia concezione di Malthus — le risorse generali aumentano in misura molto più ridotta, di modo che il suolo britannico è sempre meno in grado di sostenere i propri figli!

Non bastano più gli alimenti prodotti all'interno od importati in cambio di altri prodotti; non bastano più le materie prime; non bastano le abitazioni. E la disoccupazione cresce in misura imprevista.

Il formidabile incremento della popolazione è in parte opera dei progressi igienici e sanitari, che hanno portato a ridurre sempre più la mortalità: questa è attualmente, in Inghilterra, di 11-12 ‰ appena. Se il successo igienico-sanitario si manterrà e si consoliderà, l'attuale generazione raggiungerà una vita media di un centinaio d'anni, di modo che lascerà poco posto per le nuove generazioni. Al tempo stesso le nascite si riducono, sì, ma non in modo corrispondente; di modo che v'è una forte esuberanza di nascite sulle morti.

È probabile che la natura trovi da sè dei rimedi a questo squilibrio, mediante epidemie improvvise e letali, che distruggono provvisoriamente i benefizi dell'aumentata longevità; mediante vaste guerre di popoli, che uccidono con le armi e con le privazioni; mediante rivolgimenti sociali, che determinano impoverimenti generali e morie correlative: ne vediamo, pur troppo, gli esempi in atto. Ma questi rimedi naturali si accompagnano a troppo gravi sofferenze, perchè non sia prudente di scongiurarne l'avvento; e ciò non solo nell'interesse delle prossime generazioni, ma anche a vantaggio immediato della generazione nostra.

Queste considerazioni valgono per tutti i paesi; ma si applicano — crediamo — in specie all'Italia, ove la popolazione aumenta di mezzo milione di anime all'anno, mentre le risorse restano invariate o quasi, l'incremento della produzione agraria è quasi inavvertito, salvo le oscillazioni annuali, e l'industria non sembra suscettibile di molto sviluppo; per di più l'emigrazione non trova sbocchi, perchè tutti gli Stati che *ante bellum* consentivano una forte immigrazione, elevano barriere protettrici contro un'invasione di cui non sentono più alcun bisogno; infine, i territori che restano da popolare — per es. nell'immenso continente africano — richiedono capitali e iniziative di cui noi difettiamo.

Malgrado tutto, i sociologi continuano a inculcare la dottrina dell'utilità dell'iperdemia ed i moralisti puritani secondano questo pregiudizio, dettato, più che altro, da considerazioni militari; i medici si mettono a servizio degli uni e degli altri... proscrivendo o condannando tutte le pratiche che tendono a limitare le nascite, od autorizzandole solo e con molte cautele in casi definiti, di gravi malattie.

Così il danno s'intensifica e la società procede verso un disastro.

Nell'articolo redattoriale del *Practitioner* si deplora che, mentre si discute ormai liberamente e senza ipocrisie dei mezzi anticoncezionali, i periodici di medicina continuino a considerarli con pudore; perciò gli espedienti da mettere in opera sono descritti solo in libri ciarlataneschi e d'incompetenti, con grave danno del pubblico. Si rileva che l'astinenza sessuale, consigliata da Malthus, non è dannosa (in molti casi anzi è utile); ma per la grande maggioranza della popolazione essa è irraggiungibile; d'onde la necessità delle pratiche anticoncezionali o neo-malthusiane. Si osserva che nelle condizioni odierne, le sole classi sociali migliori limitano la prolificità, mentre gl'individui meno responsabili e meno desiderabili continuano a moltiplicarsi senza restrizioni: essi traggono, così, innumerevoli cambiali *a vuoto* sulla collettività.

Sarebbe avveduto di divulgare l'uso dei mezzi anticoncezionali anche fra le classi inferiori, non a torto dette proletarie, e provvedere addirittura alla sterilizzazione dei soggetti di scarto: delinquenti, alienati e altri colpiti da gravi tare degenerative.

In parecchi articoli del giornale si prendono in esame le pratiche anticoncezionali: lavaggi vaginali sterilizzanti, mezzi meccanici, raggi X, ecc., e si discutono i danni reali o presunti che ne derivano e la sicurezza che offrono; N. Haire espone la tecnica del loro impiego in un articolo corredato di illustrazioni: questo autore raccomanda in specie il pessario olandese Mensinga, che gli ha dato il 100 per 100 di prevenzioni e nessun inconveniente.

Dallo stesso fascicolo del *Practitioner* apprendiamo che la campagna contro la prolificità esuberante, sorta in Inghilterra col Malthus, non vi si è mai spenta, ma vi ha avuto dei campioni come Dradlaugh e la Besant; se non che solo in questi ultimi tempi ha richiamato tutta l'attenzione che merita e destato lo spirito di praticità del popolo inglese; essa ha dato origine ad un movimento che è venuto estendendosi e rafforzandosi; così nel luglio 1922 ebbe luogo a Londra la V Conferenza internazionale di Neo-malthusianismo e per la riduzione delle nascite; il problema è ora penetrato nella coscienza di sociologi e uomini politici, di medici e biologi, ma occorre che esso guadagni vasti strati della popolazione e che i medici non sdegnino di occuparsene.

In altri paesi continua, intanto, ad aver corso il convincimento che si deve favorire, con tutti i mezzi, l'aumento di popolazione, quale fattore di successo nelle competizioni internazionali e non preoccupandosi affatto del disagio e delle sofferenze che possono derivarne.

Certo il problema è complesso, e perciò in alcuni paesi può essere desiderabile una restrizione, in altri un incremento delle nascite.

Verney.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PICCININI PRASSITELE. *Il « Viscum album » nella storia delle scienze mediche e naturali.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1923.

SALMON ALBERTO. *Sulla patogenesi della contrattura d'origine piramidale.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti Tipografi, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La legislazione sanitaria vigente nel Regno è estesa alle nuove provincie, con norme speciali.

Con Regio decreto 13 maggio 1923, n. 1238, inserito nella Gazzetta Ufficiale *del 28 giugno n. 151, sono state pubblicate nelle nuove provincie tutte le leggi sanitarie vigenti nel Regno e sono state stabilite norme di coordinamento e di attuazione.*

L'art. 1 *del decreto contiene l'elenco di tutte le leggi e dei regolamenti estesi ai territori annessi.*

Gli articoli successivi stabiliscono norme speciali, che crediamo utile riportare integralmente:

Art. 2. — Agli articoli 109, 110, 111, 112 e 113 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, sono sostituite le seguenti disposizioni:

1) Entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Decreto, dovrà, nei territori annessi, provvedersi:

a) alla sistemazione dei servizi di vigilanza igienica ed alla nomina degli ufficiali sanitari (comunali e consorziali);

b) alla determinazione del numero delle condotte mediche, veterinarie ed ostetriche (isolate e consorziali), alla formazione ed alla revisione dei capitolati di servizio e delle convenzioni regolatrici dei consorzi esistenti, e, in genere, alla sistemazione dei servizi di assistenza sanitaria comunale, in conformità delle norme organiche, estese con l'art. 1 del presente Decreto;

2) Nella prima applicazione del presente Decreto, i Prefetti potranno, sentito il medico provinciale, nominare ai posti di ufficiale sanitario comunale o consorziale, prescindendo dalle formalità del concorso e dal limite di età, i medici statali, attualmente in servizio nei territori annessi;

3) Nella prima applicazione del presente Decreto gli attuali medici comunali, che abbiano già acquistata la stabilità, saranno confermati, nei limiti dei posti disponibili, dalle amministrazioni da cui dipendono con la qualità di titolari delle istituende condotte mediche, purchè provino di conoscere la lingua italiana e di possedere i requisiti di cui all'art. 27, ultimo comma, del regolamento 19 luglio 1906, n. 466;

4) Gli attuali medici comunali, che abbiano acquistata la stabilità, ma che non saranno confermati come medici condotti, avranno diritto alla indennità di cui all'art. 30 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466.

Tale indennità non sarà però corrisposta ai medici che a norma delle disposizioni vigenti nei territori annessi avranno conseguito il diritto al trattamento di quiescenza;

5) Nella prima applicazione del presente decreto, per l'ammissione ai concorsi, che saranno banditi per i posti di medici e veterinari condotti, i medici e veterinari statali attualmente in servizio nei territori annessi saranno dispensati dal limite di età stabilito nei singoli capitolati.

Essi, inoltre, avranno diritto di preferenza nella nomina in confronto con gli altri concorrenti, sempre che siano dichiarati idonei dalle Commissioni giudicatrici dei concorsi.

Art. 3. — Gli attestati di superato esame di fisicato, già concessi ai sensi dell'Ordinanza austriaca 27 agosto 1873, B. L. I., n. 139, sono per ogni effetto equiparati a quelli, di cui all'art. 5 del R. D. 29 maggio 1898, n. 219.

Art. 4. — Nella prima applicazione del presente Decreto, i Prefetti confermeranno nei posti di ufficiale sanitario delle città già fornite di statuto proprio, i medici comunali che attualmente adempiono a funzioni corrispondenti a quelle di ufficiale sanitario, purchè tali medici provino di conoscere la lingua italiana, e di possedere i requisiti di cui ai numeri 1, 3, 4, 5 e 7 dell'art. 75 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466.

La conferma avrà luogo, in linea definitiva, per i medici muniti di regolare nomina a vita, e a termine, secondo la rispettiva scadenza, per quelli muniti di nomina a tempo indeterminato.

Art. 5. — Sino a tanto che le amministrazioni comunali dei territori annessi non si saranno uniformate alle disposizioni di cui al R. D. 17 ottobre 1922, n. 401, del Regolamento 19 luglio 1902, n. 296, e dei capitoli normali estesi ad essi con il R. D. 11 gennaio 1923, n. 117, l'eventuale pagamento coattivo degli stipendi agli ufficiali sanitari ed ai sanitari condotti seguirà, in base a disposizione delle Giunte Provinciali Amministrative, da parte degli uffici delle imposte, entro i limiti delle riscossioni effettuate per conto di ciascun comune.

Art. 6. — Nulla è innovato circa il trattamento di quiescenza a favore dei sanitari locali dei territori annessi, in servizio alla data di applicazione del presente Decreto.

Art. 7. — Entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Decreto, il Prefetto di Trento provvederà alla costituzione fra i comuni della Provincia del consorzio per il funzionamento dei laboratori di vigilanza igienica, attualmente esistenti a Trento.

Il materiale che costituisce la dotazione del laboratorio batteriologico dello Stato e del laboratorio di Stato per l'esame delle sostanze alimentari, di Trento, si intende ceduto al consorzio di cui al comma precedente.

Il personale attualmente in servizio presso gli istituti ha diritto di preferenza per la nomina ai posti che verranno compresi nella pianta organica del personale assegnato ai laboratori stessi, e ai quali potranno essere nominati senza modalità di concorso e con dispensa dai limiti di età.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Nella prima applicazione del presente Decreto nei riguardi del laboratorio micrografico comunale e del laboratorio bromatologico annesso all'ufficio municipale di igiene di Trieste restano fermi i diritti acquisiti dal personale sanitario attualmente in servizio.

Art. 8. — Fino a che non sia diversamente disposto, le attribuzioni che le disposizioni indicate all'art. 1 del presente Decreto assegnano al Prefetto in materia di sanità marittima, saranno esercitate, nella circoscrizione di sua giurisdizione, dal Governo marittimo di Trieste.

Art. 9. — In conseguenza delle disposizioni di cui al R. D. 25 settembre 1921, n. 1387, e dei RR. DD. 18 gennaio 1923, n. 53, 54 e 93, sono sciolti gli Ordini dei medici chirurghi di Belluno, Gorizia, Pola, Trento, Trieste ed Udine, gli Ordini dei veterinari di Treviso, Trento, Trieste ed Udine, e gli Ordini dei farmacisti di Belluno, Gorizia, Pola, Trento, Trieste ed Udine.

Art. 10. — Entro un mese dalla pubblicazione del presente decreto i Prefetti competenti procederanno, in base agli albi disciolti Ordini, e tenendo conto delle nuove circoscrizioni, alla formazione dei nuovi albi provvisori degli Ordini dei sanitari delle provincie di Belluno, Pola, Trento, Trieste ed Udine, e di quello dei veterinari della provincia di Treviso.

Art. 11. — Entro due mesi dalla pubblicazione del presente Decreto, in giorno festivo, i Prefetti convocheranno le adunanze generali di ciascuno dei nuovi Ordini per procedere alla nomina del rispettivo Consiglio amministrativo.

Art. 12. — Ogni Consiglio appena immesso in funzione, procederà alla revisione del rispettivo albo provvisorio compilato dalla Prefettura e quindi alla pubblicazione e notificazione di esso nei modi previsti dall'art. 8 del Regolamento sugli Ordini sanitari.

Art. 13. — I nuovi Consigli eletti dureranno in carica fino al termine ordinario del nuovo biennio 1924-1925.

Art. 14. — I Prefetti competenti provvederanno, sentiti gli Ordini interessati, alla ripartizione proporzionale fra i nuovi Ordini dei patrimoni degli Ordini disciolti.

***

(Le altre norme riguardano l'esercizio della farmacia, le Commissioni pellagrologiche e la delegazione regolamentare).

QUESTIONI PRATICHE.

XLIX. — Il servizio militare prestato dai medici in guerra e le benemerenze militari, agli effetti dei concorsi.

Il R. D. n. 1825 del 1919, stabilendo che nelle graduatorie dei concorsi per gli impieghi degli enti locali hanno diritto di preferenza, a *parità di merito*, nell'ordine ivi indicato, tra gli altri coloro che hanno prestato servizio militare, considera ciascuna categoria di concorrenti senza alcuna discriminazione: così non distingue fra l'uno e l'altro invalido di guerra nè tra i decorati con medaglia d'argento al valore militare o di marina; onde è esclusa una qualsiasi gradazione in ogni categoria e quindi la possibilità di una valutazione cumulativa dei titoli professionali e delle benemerenze militari.

Il decreto si limita a stabilire un titolo di preferenza, a parità di merito, il che implica la preventiva estimazione del merito, all'infuori degli elementi considerati nel suddetto decreto, per far luogo dopo ciò alla determinazione della preferenza fra coloro che sono riconosciuti di merito uguale.

Non viola questo criterio la Commissione che valuta il servizio militare prestato dal concorrente durante la guerra, come medico, classificandolo fra i titoli di carriera valutabili dal punto di vista professionale, e non quale benemerenza militare — salvo ad applicare il titolo di preferenza per benemerenze in guerra qualora si verifichi la condizione alla quale la preferenza è subordinata, cioè la parità del merito.

Così ha deciso la IV Sezione, con sentenza 25 maggio 1923, n. 575, confermando, sostanzialmente, con particolare applicazione, il principio già stabilito con la sentenza Zara-Buda c. comune di Grammichele già riassunta in questa rivista.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Uno scandalo ammonitore.

È quello scoppiato in Francia. I lettori del *Policlinico* sono stati già informati: a Marsiglia da medici e farmacisti si faceva un commercio delittuoso dei libretti di cura degli invalidi di guerra. A questi, come è noto, lo Stato francese oltre la pensione corrisponde gratuitamente l'assistenza sanitaria e le medicine. Ad ogni pensionato è rilasciato un libretto nel quale il medico visitatore, scelto liberamente dall'interessato, stacca ad ogni visita un tagliando e rilascia su apposito modulo la ricetta. Lo Stato corrisponde ai medici gli onorarî delle visite ed ai farmacisti il costo delle medicine alla semplice esibizione dei tagliandi e delle ricette.

Quel che doveva accadere è accaduto. A Marsiglia un gruppo di medici e farmacisti ha costituito una vera associazione a delinquere. I medici con un piccolo compenso ritiravano dagli invalidi i libretti, e potevano disporre così di tutti i tagliandi, e contemporaneamente rilasciavano ai farmacisti ricette per medicine costose, in sostituzione delle quali venivano date merci di minor costo e di gradimento degli acquirenti, come liquori e profumi.

Tal fatto commercio durava da alcuni anni, poichè si iniziò non appena la legge per le pensioni di guerra fu promulgata, per modo che lo Stato francese è stato truffato per diecine di milioni. E non è azzardato il sospetto che quel che è avvenuto a Marsiglia siasi verificato in altri luoghi di Francia. Al riguardo è bene notare che i fatti delittuosi ora di pubblico dominio erano stati denunziati dal Sindacato Medico fin dal 1920, e che le autorità competenti si son decise ad intervenire solo nel 1923!

L'affaire des carnets medicaux appassiona oggi tutta la Francia non meno dell'imbroglio della Ruhr. I medici sono alla berlina; e le invettive e le satire sono tanto più atroci in quanto fra i numerosi arrestati figurano ben note personalità scientifiche e professionali: insegnanti della scuola di Medicina, assessori ed ex assessori del Comune di Marsiglia.

Lo scandalo non avrebbe alcuna importanza, all'infuori di quell'interesse di curiosità che destano tutti i fatti del genere, se non avesse un profondo e, speriamo, efficace senso ammonitore.

Le provvidenze sanitarie statuite dalla Repubblica Francese a favore dei pensionati di guerra costituiscono un esperimento di assicurazione statale contro le malattie di notevole estensione, e i suoi effetti sono un saggio abbastanza significativo dei suoi possibili inconvenienti. Coloro che in Italia si affannano a deprecare per l'esausto bilancio statale e per la stremata economia nazionale il nuovo danno di certe assicurazioni, non possono essere soddisfatti della realizzazione delle loro previsioni: essi non furono che facilissimi profeti. Se mai ebbero il merito della sincerità e del coraggio, quando nel periodo della più folle demagogia si correva verso il disastro abbacinati dal miraggio di teorie falsamente umanitarie.

La lezione dei fatti deve indurre alla meditazione, e ricondurre sulla via della prudenza gli apostoli zelanti delle assicurazioni malattie.

In Italia avevamo avuti gli esempi degli abusi, cui possono dar luogo i più o meno abbondanti sussidî di malattia. La Francia ci dà una luminosa, precisa prova sperimentale delle frodi ingenti che inevitabilmente genera il sistema dell'assistenza gratuita medica e delle medicine gratuite.

È davvero stolto pretendere che non si stabilisca una connivenza più o meno esplicita, più o meno fraudolenta tra il benificiato ed il datore di opera, tra il compratore ed il venditore di merce, quando il pagante è un terzo, e sopratutto quando questo terzo è un ente collettivo o lo Stato, che è quello che più passivamente si presta alla truffa e che, anzi, per comune intesa è meno delittuoso truffare.

Coloro che per malinteso spirito di umanità insistono nel sollecitare le assicurazioni in quistione, non si rendono conto dei gravi inconvenienti derivanti dalla pratica attuazione di provvidenze in teoria apparentemente benefiche.

Stretti fra le loro ideologie ed i sentimenti di colleganza professionale essi hanno prescelto un tipo di assicurazione, che pur garentendo agli assicurati ogni assistenza sanitaria meno danneggi gli interessi dei medici: il sistema del pagamento a visita. E non si accorgono che con tale sistema si danneggiano gli uni e gli altri.

Si fà il danno degli assicurati perchè ogni aggravio dello Stato si riflette sulla collettività, assicurati compresi; e, naturalmente, quelli che ne sentirebbero di più il peso sarebbero i più onesti.

Si fa il danno della maggioranza dei medici perchè quelli prescelti dagli assicurati sarebbero i più compiacenti o i più disonesti. Ogni contraria argomentazione teorica al riguardo impallidisce di fronte alla dimostrazione data dai fatti verificatisi in Francia.

E non è necessario accennare al danno morale, alla diminuzione del prestigio e del decoro, che colpirebbe l'intera classe. Purtroppo noi non possiamo essere soddisfatti della china sulla quale corre la dignità professionale: la ridotta potenzialità economica del nostro paese, la pletora di medici, hanno sviluppate o incrementate certe forme affaristiche e commerciali dell'attività medica, le quali abbassano ogni giorno più il piedistallo che le necessità stesse della nostra missione richiede sia tenuto quanto più in alto è possibile. La nostra superiorità morale è forse un mito, ma nulla noi dovremmo fare, nell'interesse nostro e dei malati, a che questo mito si dilegui. Noi siamo uomini, è vero, e perciò peccatori. La nostra cultura, la conoscenza dei difetti, delle miserie, dei dolori degli altri ci fa essere, forse più sembrare che essere, eticamente superiori, ma urtroppo come gli altri abbiamo bisogno di evitare tutto ciò che può far cadere. Vi sono tentazioni di frode che allettano le coscienze più provate e più sicure. Gli arrestati di Marsiglia erano medici che scientificamente, professionalmente ed anche per censo godevano la maggiore reputazione, eppure son caduti: non hanno saputo resistere alla facilità ed all'entità della frode. L'onestà è relativa, e noi medici, come tutti gli altri uomini, abbiamo bisogno della difesa implorata nella più umana delle preghiere: *Et ne nos inducas in tentationem.*

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Negli Ordini dei Medici.

Perugia. — A seguito delle dimissioni da presidente dell'Ordine del dott. Bolli, è stato nominato presidente il dott. Enrico Bonarotti (Spoleto).

Novara. — A seguito delle dimissioni da presidente del dott. Borella, sono state affidate le funzioni di presidente dell'Ordine al consigliere anziano dott. Carlo Danioni (Biella).

Il sindacato Medico Fascista e la riforma Universitaria.

Il Consiglio direttivo del Sindacato medico fascista non appena entrato in carica, si preoccupò della crisi che travaglia l'insegnamento superiore e con esso quello della medicina e della chirurgia, e nello intento di contribuire alla soluzione del grave problema nominò una Commissione composta dai sigg. prof. Ermanno Fioretti, presidente, Ernesto Pestalozza, senatore del Regno, Riccardo Versari, Tito Ferretti, Vincenzo Nicoletti e Sabato Visco, coll'incarico di studiare la questione e di indicare i provvedimenti atti a superarli.

La Commissione ha concretati i risultati del suo lavoro in una relazione che, in seguito ad approvazione e ad autorizzazione del Consiglio direttivo del Sindacato, è stata presentata a S. E. il Ministro della P. I. dai proff. Fioretti, Versari, Visco.

Il prof. Visco, che della relazione è stato l'estensore, ha illuminato l'on. Gentile sui criteri generali ai quali la Commissione si è ispirata nello espletare il mandato ricevuto.

MEDICINA SOCIALE.

Le specialità medicinali.

Dalle classi sanitarie ed anche dal pubblico a mezzo della stampa, reiterati voti sono stati da tempo formulati per una razionale disciplina della produzione e del commercio delle specialità medicinali nell'intento di infrenare gli abusi ed i danni che pure talvolta possono derivare alla salute pubblica dalla quasi illimitata libertà in atto esistente e maggiormente aggravata dalle forme di pubblicità assai spesso ciarlataneschè, alle quali molti produttori non esitano di ricorrere, e che si rivelano predisposte al solo scopo di carpire la buona fede dei bisognosi di cure.

Sappiamo che questa materia, che ha certamente peculiare importanza, e che già trova apposita regolamentazione in tutte le legislazioni degli Stati più progrediti, è stata ora oggetto da parte di una speciale commissione Ministeriale di accurati studi per le determinazioni delle necessarie discipline.

La Commissione non tralasciò neanche di sentire i rappresentanti dei produttori di specialità allo scopo di tenere conto, nelle sue proposte, degli interessi economici, pure rilevanti, della industria chimico-farmaceutica che ha assunto ormai notevole sviluppo per poderosità di impianti, per organizzazione tecnica, e per entità di capitali e numero di maestranze impiegate.

Il C. S. S. ha in questi giorni discusso e approvato nelle linee generali le misure predisposte.

Ci auguriamo quindi che le proposte discipline siano al più presto tradotte in legge, nel supremo interesse della salute pubblica. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AIROLE (*Porto Maurizio*). — Scad. 10 ag. L. 5500 oltre L. 500 quale uff. san. e un c.-v.

ALA (*Verona*). — Scad. 8 ag.; 2° rep. del circondario sanit. Ala-Pileante; L. 7000 oltre L. 2000 c.-v. e indenn. cav.; competenze visite ai non pov.

AUDITORE (*Pesaro*). — Scad. 16 ag. L. 7000 e 5 quadr. decimo, un c.v., L. 1000 oltre 500 pov., lire 3000 cav., L. 1000 disag. resid., L. 400 uff. san., casa decente.

BENEVENTO. *Municipio*. — Capo Sezione medico-micrografica e capo Sezione chimica del Laboratorio Consorziale d'igiene. Scad. 31 agosto. Titoli ed esame. Stipendio annuo L. 10,000 lorde per ogni posto. Caro-viv. Età 40. Certif. penale dal quale risulti che i concorrenti non sono incorsi in condanne per reati contemplati nell'art. 25 Legge com. prov. Titoli comprovanti pratica e cultura batteriologica e chimica dei componenti. Certificato voti ottenuti singoli esami. Documenti temporanei non anteriori al 25 marzo. Verranno fatti conoscere il luogo e l'epoca per gli esami.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi*. — Assistente nella Sezione Medica. Scad. 15 agosto. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — A tutto 15 agosto. L. 7500 e tre quinq. dec. Indenn. cavallo (obbligatorio) L. 3000; caro-foraggio e doppio c.-v.; L. 500 uff. san. Civile abitazione del Comune verso annuo fitto di L. 500.

CAMPODARSEGO (*Padova*). — Scad. 15 ag., II Rep., L. 7200 e 8 trienni ventes., L. 1800 se bicicletta o altro mezzo, L. 3400 se cavallo, doppio c.-v.

CESENA (*Forlì*). — Scad. 20 ag.; per S. Vittore; L. 7500 e 10 bienni ventes., L. 2000 cav., due c.-v., L. 2 ogni pov. oltre i 1000.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità*. — A tutto il 29 ag. ore 13. Chirurgo direttore dell'Ospedale. Vedi fasc. 30.

GROTTE S. STEFANO (*Roma*). — Scad. 15 agosto. L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 500 disag. resid., doppio c.-v., L. 300 uff. san.

GUALDO CATTANEO (*Perugia*). — Scad. 10 agosto. L. 6000 e 3 quinq., 1 c.-v., addiz. L. 2 sopra i 1000 pov., L. 500 uff. san., L. 2600 cav., assicur.; abitanti 2500; abitaz. comoda e decente prossima ambulatorio.

LONDRA. *Military Department, India Office*. — Reclutamento speciale, per il 1923, di non più di 30 ufficiali europei, assumibili nell'immediato futuro dalla «Secretary of State for India», tra medici autorizzati ad esercitare nella Gran Bretagna e Irlanda, sotto le leggi in vigore; età massima 32 anni. Stipendio *mensile* per luogotenenti 630 rupie (al cambio incirca L. it. 4500) elevabile, con le promozioni, a 2100 rupie (L. it. 14,000) per luogotenenti-colonnelli, comprese le indennità speciali; facoltà di esercitare la professione privatamente, salvo nei gradi superiori; dopo 5 anni di servizio assegno di L. st. 1000 (al cambio, oltre le L. it. 100,000). Pensioni, a partire dal 17° anno di servizio, da L. st. 400 a 800 annue e supplementi eventuali. Per informazioni: Secretary, Military Department, India Office, Whitehall, London S. W. 1, segnando le lettere con la dicitura: «Recruitment for I. M. S.».

(Inutile inoltrare domande senza ottimi requisiti. Dal confronto con le condizioni offerte nelle nostre colonie — pubblicate sul fasc. 20, p. 646 — non si può a meno di rimanere umiliati! Non c'è da meravigliarsi se, pur troppo, i nostri medici coloniali siano considerati e trattati dai colleghi stranieri come dei tapini...).

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — I concorsi ai posti di dirigenti, vice-dirigenti e assistenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

NAPOLI. *R. Università*. — Assistente presso la Clinica ostetrica e ginecologica, per 6 mesi (dal 1° gen. al 30 giu. 1924); L. 1300 (*sic*). Domanda al Rettore. Buona condotta; certif. pen. non anter. a 2 mesi; esame scritto su tema vertente l'ostetricia, prova di laboratorio.

POGGIO FIDONI (*Perugia*). — Scad. 15 ag. L. 6000 e addizion. L. 2 sopra 1000 pov., L. 1500 disag. servizio, un c.-v., L. 3600 cav. per poveri e ricchi, rivedib. dopo biennio, L. 500 uff. san., assicur. Ab. 1835.

ROCCASECCA DEI VOLSCI (*Roma*). — Scad. 10 ag. L. 8600 oltre L. 200 arm. farm. e L. 300 quale uff. san.; due c.-v.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero della Marina*. — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domanda e documenti entro il 15 ottobre. Vedi fasc. 28.

S. GIOVANNI BIANCO (*Bergamo*). — Consor.; all'8 ag.; montagna; L. 6500 per circa 1000 pov. su 3700 ab., oltre L. 2500 trasp.; L. 500 uff. san., L. 300 ambul. Serv. entro 15 g. (L'annunzio ci è stato rimesso pochi giorni prima della scadenza).

SOLESINO (*Padova*). — Vedi fasc. 30. Scad. 31 ag.

TERRACINA (*Roma*). — Due cond. Vedi fasc. 31. Scad. 15 agosto.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

VERNOLE (*Lecce*). — Scad. 15 ag. Per frazioni e centri sparsi. L. 5000 fino a 1500 pov., addizion. lire 5 fino a 2000; L. 1500 disag. resid.; L. 1500 cav.; 4 quadrienni decimo.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Fontanetto d'Agogna (Novara), Serravalle a Po (Mantova).

Revoca di diffide: Tagliolo Monferrato (Alessandria).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Avendo il prof. Luigi De Gaetano rinunziato al l'alta carica di direttore dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, è stato nominato in sua vece il prof. Nicola Furgiuele, secondo classificato.

Il prof. Romeo Roselli è nominato direttore dell'Ospedale Oftalmico per i poveri della provincia di Roma, in sostituzione del prof. Mariano Scellingo, collocato a riposo per ragioni di età e nominato direttore onorario.

Nel concorso al Premio Riberi indetto con Circolare n. 347 del «Giornale Militare» 1921, per gli ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina, sul tema «*Insegnamenti della recente guerra sul trattamento delle ferite osteo-articolari in primo tempo (profilassi contro le infezioni) ed in secondo tempo: Organizzazione del servizio di ospedalizzazione e di sgombero di tali feriti*», la Commissione esaminatrice ha riconosciuto ad unanimità meritevole di premio la memoria presentata dal colonnello medico in P. A. Salinari prof. Salvatore. È stato espresso il seguente giudizio:

«È un trattato chiaro, completo, organico, moderno, specialmente nella parte che tratta della cura chirurgica delle ferite ossee ed articolari, tale da costituire un'ottima guida per il chirurgo militare in campagna. La 2ª parte, riguardante lo sgombero e la ospedalizzazione dei feriti osteoarticolari, è stata inoltre svolta con piena conoscenza della materia ed in tutto rispondente alle buone norme derivate dalla esperienza dell'ultima guerra».

Erano tate presentate cinque memorie.

Dalla Direzione del «St. Mork's Hospital» di New York è stato richiamato il nostro concittadino dott. cav. uff. Salvatore Magnoni, venuto l'anno scorso in Italia per ragioni professionali.

Il dott. Magnoni è da diverso tempo direttore della Clinica Diagnostica Medico-Chirurgica dell'*Italian Department* dell'importantissimo Ospedale Americano affidato alla sapiente direzione del valoroso chirurgo prof. Beniamino T. Tilton.

Al nostro concittadino, che onora la scienza Italiana nella grande metropoli nord-americana, i nostri migliori auguri.

Il dott. Pietro Zannelli ha conseguito la libera docenza in igiene presso la R. Università di Roma.

La Commissione era composta dei proff. senatore Marchiafava, sen. Pestalozza, sen. Sanarelli, Maggiore e D'Ormea. La lezione venne brillantemente svolta sul tema: Eziologia del tifo esantematico.

Rallegramenti sentiti.

Al dott. cav. Orlando Cafazzo Giovanni Battista è stata concessa la medaglia di bronzo al merito della sanità pubblica per lo zelo e lo spirito di abnegazione spiegato per sei mesi in provincia di Caserta e dell'Umbria, come capitano medico, nella grave pandemia di influenza del 1918.

Nell'Università di Heidelberg l'ordinariato in fisiologia è stato assegnato al professore straordinario Augusto Pütter, in sostituzione del cons. aul. prof. A. Kossel.

NOTIZIE DIVERSE.

L'XI centenario dell'Ateneo Pavese.

Si è tenuta presso il Rettorato dell'Università un'adunanza della Commissione organizzatrice per la celebrazione, nel 1925, dell'XI Centenario del Capitolare di Lotario col quale nell'825 veniva ufficialmnete costituito lo Studio pavese.

Su proposta del prof. Solmi si concretò nelle linee seguenti il programma: 1) Illustrazione delle origini e della storia dello Studio pavese, mediante opere scritte da cultori della materia e distinte in tre volumi corrispondenti ai suoi tre grandi periodi: medievale, del rinascimento e moderno; 2) Un invito alla cerimonia, scritto in lingua latina, da diramarsi a tutte le Università del mondo; 3) L'erezione di una colonna commemorativa di Lanfranco in uno dei cortili della Università, nonchè l'apposizione di una lapide nell'attuale Mercato coperto, dove sorgeva la sede primitiva dello studio; 4) Festeggiamenti diversi da tenersi in Pavia, alla Certosa ed in Milano. Le proposte vennero accettate, e si deliberò la nomina di tre Commissioni: una finanziaria, una per le pubblicazioni ed una per l'organizzazione e i festeggiamenti.

Il quarantennio della fondazione della Cassa Nazionale Infortuni.

La Cassa Nazionale Infortuni ha voluto ricordare il quarantesimo anniversario della sua creazione con una interessante ed elegante pubblicazione che si apre con un doveroso omaggio agli Istituti di credito e di risparmio che tanta parte ebbero nella sua fondazione ed hanno nella sua amministrazione.

Notiamo un ordine del giorno rivolto nell'occasione al personale dal Direttore Generale dell'Istituto, nel quale si rileva la augurale coincidenza del compiuto quarantennio con la attuale promettente rinascita della Nazione. Seguono una sintetica cronistoria della attività dell'Istituto e la esposizione dell'ordinamento dei suoi servizi e della sua poderosa organizzazione, con molte tavole statistiche e grafiche, che attestano del suo magnifico e promettente sviluppo.

Altri capitoli sono dedicati all'opera di assistenza agli infortunati e all'attività editoriale dell'Istituto di cui è precipua parte la decennale «Rassegna della Previdenza Sociale», la più completa ed organica pubblicazione in materia di assicurazioni sociali.

Numerose fotografie inserite nel testo valgono a dare un'idea della benefica opera svolta dalla Cassa Nazionale Infortuni con i suoi molteplici Istituti di cura e ben dotati impianti medico-chirurgici, e del grande cammino percorso dall'assicurazione per gli infortuni nell'industria e nell'agricoltura.

Unione Italiana di assistenza all'infanzia.

È sorto in Roma, sotto gli auspici della *Croce Rossa* e dell'*Union Internationale de secours aux enfants* di Ginevra, una grande Istituzione dal ti-

tolo «Unione Italiana di assistenza all'infanzia», che traendo profitto dal generoso ardore col quale le pubbliche Autorità e i privati intendono rivolgere tutta l'opera loro al benessere fisico e morale delle novelle generazioni, si propone precisamente di promuovere e intensificare nelle singole regioni d'Italia una razionale difesa dell'infanzia, nel campo igienico-sanitario, morale e giuridico. Il Governo, al corrente del programma, lo conforta e lo asseconda con tutto il valore morale della sua adesione.

Occorre però che ogni classe di cittadini, ogni persona a cui sta a cuore l'elevamento dei nostri fanciulli, assecondi tutti gli sforzi diretti a sottrarli, fin dalla loro prima infanzia, a quelle cause di disagio economico e fisico, alle infinite miserie morali, che ne minano precocemente l'esistenza. Si sollecitano pertanto contributi per quest'opera di bene.

A richiesta si spedisce un estratto dello Statuto.

I Presidenti onorari sono Luzzatti, Mortara e Ciraolo; il Comitato esecutivo è presieduto da Raffaele De Notaristefani.

Tutte le comunicazioni sono da indirizzare in Roma, via Toscana, n. 12.

Commissione Centrale della C. R. I. per le opere antimalariche.

Si è adunata sotto la presidenza del sen. E. Marchiafava; ha preso conoscenza dell'opera compiuta nel 1922, estesasi a circa 120,000 persone, e del programma per il 1923, per il quale sono stanziate L. 1,020,000. Su proposta del prof. V. Ascoli si è delegato il sen. Marchiafava ad esplicare opera di direzione e consulenza.

Contro l'abuso dell'emblema della Croce Rossa.

Il Comando Generale della Guardia di Finanza ha ordinato ai propri corpi dipendenti di diffidare dall'uso dell'emblema della Croce Rossa Farmacie, Istituzioni di assistenza locale, sanitari, fabbricanti di prodotti chimici e farmaceutici e di profumerie, nelle vetrine, mostre, carte, pubblicazioni, involucri, ecc., uso vietato da apposita legge, e di denunziare alle autorità sanitarie i contravventori, che possono venire puniti con ammende di L. 300 a 2000 e con arresti da uno a sei mesi e confisca delle cose portanti l'emblema senza autorizzazione governativa.

Albo di periti infortunisti giudiziari.

Una Commissione composta dal prof. Giglioli e dal prof. Prosperi, presidenti il primo dell'Ordine dei medici di Pisa e il secondo della Federazione italiana fra i Medici infortunisti, ha presentato un Albo dei Periti infortunisti al Primo Presidente della Corte d'Appello di Pisa, avv. Conte, illustrando i criteri seguiti nella formazione.

L'avv. Conte ha assicurato di vedere con simpatia la collaborazione della Classe medica con l'Autorità giudiziaria ai fini supremi della Giustizia.

La donazione del sen. Bassini.

Abbiamo dato, nel fasc. 28, notizia di una ingente donazione fatta dal sen. Bassini al pio Istituto milanese per la cura degli erniosi poveri.

Il 24 luglio venne celebrato, a Vigasio, l'atto notarile, cui apposero le firme il munifico donatore e il presidente dell'Istituto on. conte Febo Borromeo d'Adda.

La donazione importa, in cifra tonda, 5 milioni di lire. Gli orfani di guerra di Firenze godranno temporaneamente la rendita di L. 100,000; poi anche questa somma passerà al pio Istituto milanese. L'Asilo di Vigasio godrà di quella di L. 20,000 (fondazione intitolata alla madre del Bassini). Per non gravare il pio Istituto erniosi poveri degli oneri relativi vennero consegnate *currenti mano* L. 120,000 di consolidato.

Quale amministratore della tenuta pro-Istituto Bassini venne nominato l'ing. Polettini.

Nell'80° genetliaco di Camillo Golgi.

Il 9 luglio, in occasione dell'80° compleanno dell'illustre Maestro, l'Associazione della Stampa provinciale pavese gli ha donato un *album*, coperto da parecchie migliaia di firme raccolte fra i cittadini; l'offerta venne recata dal presidente, avv. De Silvestri, che pronunziò calde parole di augurio; erano presenti i membri del Consiglio direttivo, le principali autorità, i rappresentanti dei sodalizi locali, senza distinzioni di classi nè di partiti.

Il sen. Golgi ringraziò con elevate parole. Parlarono anche il prof. Vivanti, preside della Facoltà di Scienze, in nome del Rettore, assente da Pavia; il prefetto, il quale lesse un telegramma di adesione dell'on. Mussolini, che conferisce al sen. Golgi un'altissima onorificenza, ecc. Alla sera la cittadinanza si recò ad applaudire il sen. Golgi; il sindaco prof. Vaccari volle rendersi interprete della riconoscente devozione dell'anima popolare.

Il ministro della P. I. ha stabilito che l'Istituto di istologia dell'Università di Pavia si intitoli al nome del Golgi.

In memoria di Giovanni Ninni.

Alcuni consiglieri comunali di Napoli hanno firmato una mozione perchè la salma di questo Eroe del dovere sia accolta nel recinto degli uomini illustri.

Commemorazione di Numa Campi.

Il 25 giugno, nella sede dell'Ordine dei Medici di Livorno, presenti moltissimi medici, fu commemorato il compianto presidente on. dott. Numa Campi.

Pronunziò sentite parole il consigliere anziano dell'Ordine, dott. F. Pellegrini. L'oratore ufficiale, prof. Giulio Anzillotti, tracciò la biografia dell'illustre Estinto e si soffermò sulla sua vita professionale e politica, facendone emergere l'abnegazione e il valore.

Un monumento a Magnan.

Nel Manicomio di Sainte-Anne a Parigi, è stato inaugurato un momunmento a Magnan, che può considerarsi come uno dei fondatori della moderna psichiatria. Contribuì alla sistemazione nosografica delle malattie mentali e fu distinto anatomo-patologo. Perfezionò l'opera di Pinel nell'abolizione dei mezzi di repressione e di contenzione dei pazzi. Si deve a Magnan la scomparsa delle camicie di forza dai manicomi.

Consiglio Superiore di Sanità.

Si è adunato in questi giorni, sotto la presidenza del vice-presidente sen. Marchiafava. Daremo prossimamente il resoconto dei lavori.

L'Università di Bari.

Il presidente del Consiglio on. Mussolini ha preso impegno, con l'on. Cotugno, che entro l'anno verrà fondata a Bari l'Università al completo.

Corso sulla tubercolosi.

L'Associazione dei Medici di Davos ha organizzato un corso gratuito di vacanze per medici, sul tema «Tubercolosi e clima d'altitudine», dal 19 al 26 agosto; le conferenze saranno tenute in francese e tedesco.

Per iscrizioni, informazioni e programmi, rivolgersi a «L'Institut Scientifique», Davos (Svizzera).

Si è spento a 60 anni STEPHAN VON APATHY, professore di zoologia all'Università di Kolozsvár, noto per le sue ricerche sulle neurofibrille, ricerche sostenute da magnifiche preparazioni ottenute col metodo Golgi. Egli ne derivò una teoria, che contrappose a quella neuronica: dopo un lungo dibattito, che oggi ha solo un valore storico, la teoria neuronica si è sempre più decisamente affermata: basterebbe ricordare le recenti ricerche di Harrison sulla coltura in vitro dei tessuti; al tempo stesso però la struttura neurofibrillare è divenuta una nozione corrente, pur senza comportare le deduzioni teoriche che Apathy volle trarne.

Questi ha portato molti perfezionamenti alla tecnica microscopica; a lui si debbono molti procedimenti sulla tecnica delle sezioni, colorazioni, fissazioni e sovratutto dell'inclusione (in celloidina, olio-celloidina, olio-gelatina, doppia inclusione).

Lascia due opere incomplete: «Microtechnik der tierischen Morphologie» (ne sono usciti due volumi) e la ricca monografia del genere «Hirudo» considerata come il suo capolavoro nel campo zoologico.

Nel riassetto post-bellico il passaggio della sua regione natale dall'Ungheria alla Rumania, in virtù del trattato di Trianon, gli ha cagionato un profondo dolore, al quale non è sopravvissuto a lungo. Pur essendo gravemente malato di cuore, volle seguire la trasmigrazione dell'università ungherese, installandosi a Szeged. R. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 13 agosto 1923 Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Sul valore clinico della ricerca dei fermenti triptici nelle feci.

Prof. UMBERTO CARPI.
Medico primario dell'Osped. Magg. di Milano.
Docente di Patologia e di Clinica Medica nella R. Università di Pavia.

La ricerca dei fermenti triptici nelle feci, costituisce un mezzo sensibile di esame della funzionalità pancreatica. Già nel 1909, con ricerche iniziate in collaborazione con Bai, proposi, come metodo di tecnica per la dimostrazione dei fermenti triptici nelle feci, quello della gelatina che presenta sugli altri proposti per tale ricerca, il vantaggio di una maggiore sensibilità, di richiedere una temperatura optimum di 38° C., e di possedere un carattere di netta specificità di fronte alla digestione triptica. Da allora ho sistematicamente applicato il metodo nella pratica clinica con risultati costantemente probativi per la loro utilizzazione. Rimandando per i particolari del metodo alle pubblicazioni di Bai (*Gazzetta Medica Italiana*, 1909, n. 41) e mie (*Ivi*, 1910, n. 27-28) mi limito a formulare le conclusioni a cui sono pervenuto in seguito a numerose ricerche.

1. In via sperimentale la legatura dell'intestino dimostra la persistenza del potere proteolitico delle feci a monte della legatura, e la sua scomparsa a valle di questa; la legatura dei dotti pancreatici dà luogo pure a scomparsa del potere proteolitico nelle feci. Per tale ricerca è necessario assicurarsi che non esistano dotti secondari pervî, o complicazioni post-operatorie di carattere suppurativo che possono alterare i risultati della ricerca (azione proteolitica di proteasi leucocitarie).

2. Per la pratica clinica l'assenza assoluta e costante di potere triptico nelle feci fresche, ottenute con somministrazione di purgante, è un dato di compromissione della funzione di secrezione pancreatica esterna per occlusione da tumori o per processi degenerativi diffusi del pancreas.

Una notevole riduzione del potere proteolitico delle feci è da considerare come segno di deficienza funzionale secretiva esterna del pancras.

Il reperto di un elevato potere triptico delle feci è segno di buona funzione secretiva esterna del pancreas.

Per la valutazione dei risultati positivi di digestione triptica nelle feci devesi escludere la presenza di proteasi d'origine leucocitaria (processi suppurativi del tubo digerente); così pure nella valutazione dei risultati negativi va esclusa la presenza del sangue nelle feci, la quale esplica azione inibitrice sui fenomeni triptici.

3. Un metodo prezioso di controllo del comportamento dei fermenti triptici nelle feci è offerto dalla ricerca di questi nel contenuto gastrico col metodo da me proposto nel 1910 e confermato dalle ricerche di Varisco (*Gazzetta Medica Italiana*, 1910); la concordanza dei risultati ottenuti, in serie di ricerche parallelamente condotte, con tecnica appropriata, sul succo gastrico e sul contenuto intestinale, è una riprova dei fondamenti teorici del metodo e dell'attendibilità della sua applicazione tecnica alla clinica.

La ricerca dei fermenti triptici nel succo gastrico e nelle feci può dunque avere il riconoscimento della clinica come mezzo di esame diretto della funzionalità secretoria esterna del pancreas.

Riporto la modalità di tecnica per la ricerca dei fermenti triptici nelle feci e nel succo gastrico.

La prova è eseguita con feci fluide ottenute direttamente con purgante (100 gr. infuso lassativo di Vienna) somministrato il mattino a digiuno, previa applicazione di un clistere per svuotare le ultime porzioni dell'intestino da eventuali scibale fecali.

Gli ammalati, il giorno precedente la prova, vengono tenuti a dieta costante (latte gr. 400; Zuppa gr. 70; carne gr. 100; pasta gr. 120; pane gr. 120): questa è osservata sino a prova compiuta. In alcuni casi particolari, gli ammalati possono essere tenuti a dieta lattea.

Appena compiuta l'emissione delle feci, queste vengono accuratamente mescolate, per ottenere una distribuzione uniforme della massa fluida, e una porzione di esse viene diluita al 50 % con una soluzione idroglicerica di fluoruro di sodio (acqua distillata gr. 80, più glicerina gr. 20, fluoruro di sodio gr. 2), si agita accuratamente, si filtra e si conserva in ghiaccio sino al momento dell'esame. Le feci a reazione acida sono neutralizzate (dopo filtrazione).

Per il succo gastrico si adopera il liquido filtrato e neutralizzato (senza oltrepassare il punto di neutralizzazione) senza ulteriore diluizione.

Come substrato per la digestione si prepara una soluzione al 3 % di gelatina (marca oro T e C.) con aggiunta di fluoruro di sodio nella proporzione dell'1 %. La gelatina filtrata attraverso la tela si ripartisce entro palloni di vetro sterile e si conserva in ghiacciaia ove essa rapidamente solidifica. Preparata in tal modo essa si mantiene inalterata per parecchie settimane. Per la ricerca del potere triptico della diluizione di feci in esame, si prepara una serie di tubi di prova contenenti 2 cc. di gelatina, fusa a moderato calore, in ciascuno si distribuiscono quantità decrescenti dell'estratto idroglicerico di feci in tre serie corrispondenti rispettivamente alla diluizione di 1:2 (cc. 2,0.1.0, 0.5.0,25) 1: 20 (cc. 1.0,0.5, 0.25) 1: 200 (cc. 1.0, 0.5,0.25).

Le prove, accuratamente mescolate, vengono poste per due ore e 30° in termostato a 38° quindi per 6-12 ore in ghiacciaia.

Il risultato si può leggere già dopo 4 ore. Il limite della digestione triptica è dato dall'osservazione della quantità minima dell'estratto di feci che ancora è capace di digerire la gelatina trasformandola in gelatosi fluido: nelle prove ove la digestione non è avvenuta la gelatina rimane solida.

Il valore triptico si esprime in unità triptiche, intendendo come unità triptica la quantità di fermento contenuta in 1 cmc. di feci (non diluite) che è capace di diluire in 2 ore 30'; 2 cmc. di gelatina al 3 %.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

Pratica pediatrica e pregiudizi di medici.

Prof. A. GISMONDI, libero docente in Clinica pediatrica della R. Università di Genova, primario pediatra negli Ospedali civili di Sampierdarena.

Le febbri cosidette « intestinali ».

Il concetto di febbri frequenti di origine intestinale, causa abituale di malessere nei bambini, è tuttora, malgrado i progressi dell'indagine diagnostica, assai diffuso: e non solamente nelle famiglie e nei profani, ma purtroppo anche nel ceto medico. Certamente una febbre che compare per lo più improvvisamente, preceduta magari da un supposto disordine dietetico, e che ad un esame sommario non dà altri sintomi che un po' di patina linguale, anoressia, e non è accompagnata da sintomi a carico di altri organi, può facilmente suggerire l'idea che il suo punto di partenza possa trovarsi nel tubo digestivo.

Tuttavia questo capitolo della patologia infantile, così semplice in apparenza, tanto semplice che il medico e lo studente lo cerca invano su molti trattati, merita di essere maggiormente approfondito e vagliato alla stregua delle odierne conoscenze di diagnostica pediatrica.

Qui si affaccia subito una quistione pregiudiziale. Che cosa si intende per febbre di origine intestinale? O per meglio dire, esistono veramente febbri di origine intestinale, nel senso che abbiamo sopra indicato? Cominciamo dallo sceverare quelle malattie intestinali spesso accompagnate da febbre, ma a sintomi enterici bene evidenti come ad es. la gastroenterite, la dissenteria, ecc., giacchè a nessuno passerà mai per la mente di chiamar queste malattie anzichè col loro vero nome, con quello di febbri intestinali, sebbene colpiscano l'*intestino* o diano in pari tempo la *febbre*.

Sceveriamo pure un secondo gruppo di malattie, che passa invece facilmente sotto la comune denominazione di febbri intestinali, ed è costituito dall'infezione ebertiana, dai paratifi e simili. Le lesioni anatomiche che in queste forme morbose si riscontrano sulla mucosa dell'intestino hanno loro valso questa denominazione, sebbene in realtà si tratti di setticemie, delle quali l'intestino non rappresenta forse in ultima analisi che la via di eliminazione dei germi patogeni o delle loro tossine. Tanto è vero che nel maggior numero dei casi i sintomi generali di queste malattie, febbre, cefalea, tumore di milza, turbe del sensorio ecc. prevalgono in modo veramente notevole sui sintomi locali, meteorismo, dolenzia addominale, diarrea, ecc., che possono anzi mancare del tutto.

Ma appunto dal considerare questi segni locali come non necessari per la diagnosi, che viene fatta anzi generalmente sui soli sintomi generali, si è foggiato un particolare abito mentale in molti medici di considerare come *intestinale* ogni febbre non accompagnata a segni locali apprezzabili a carico dei vari organi; a fare cioè la diagnosi di *febbre intestinale* in ragione della *negatività* dei sintomi locali anzichè per veri segni *positivi* a carico delle vie digerenti: o per meglio dire ad accusare l'intestino come punto di partenza di ogni febbre criptogenetica.

Alle suaccennate infezioni possiamo aggiungere la cosidetta *febbre gastrica*, nel senso di *Heubner*, affezione febbrile che colpisce i bimbi nella seconda infanzia, è accompagnata a lieve meteorismo, tendenza a diarrea, e si risolve in sette o otto giorni in media; malattia dovuta certamente ad un agente patogeno sconosciuto che si collega eventualmente con quello di certi itteri catarrali febbrili.

Ora, tolti questi gruppi di malattie intestinali febbrili, che cosa resta delle cosidette *febbri intestinali* di cui sopra? Non intendiamo già negare *a priori* che possano esistere infezioni tuttora sconosciute che abbiano la loro sede nell'intestino, e che eventualmente possano dar febbre *senza segni intestinali propriamente detti*. La batteriologia ci riserva ancora certamente delle sorprese. Ma l'esperienza di lunghi anni a contatto coi bambini ammalati ci ha persuaso che caso mai questa possibilità entra in campo *ben di rado*, quando si abbia cura di procedere a sistematico ed accuratissimo esame dei piccoli febbricitanti, giacchè varie e non poche sono le malattie del bambino che facilmente nella pratica quotidiana passano sotto l'etichetta di *febbre intestinale*. E porteremo qualche esempio pratico.

I. *Malattie del cavo naso-faringeo e dell'orecchio medio.* — Un bimbo si corica la sera dopo aver mostrato un po' di svogliatezza e aver rifiutato il cibo. Nella notte la temperatura sale. Non ha tosse, non ha diarrea. Il medico, chiamato al mattino, lo esamina; non trova nulla all'infuori di un po' di patina linguale. Un purgante opportunamente somministrato evacua l'intestino; la febbre cade. Il giorno appresso il bimbo è vispo e giuoca allegramente; solo lo disturba qualche sternuto e un po' di scolo nasale. Si trattava di febbre intestinale,

poichè il *purgante ha portato via la febbre?* Nulla di più falso. Esaminate la gola, e vi salterà agli occhi un arrossamento dei pilastri e dell'ugola; alla sera il bimbo avrà forse qualche decimo di temperatura e russerà un po' nella notte per avere il nasino intasato. Si trattava di una rinite posteriore o rinofaringite.

Un altro bimbo, con sintomi iniziali analoghi, presenta temperature serali di 39° e più; al mattino ha 37° o anche meno. Qui i purganti non giovano, ma la diagnosi di febbre intestinale si fa con più accanimento appunto perchè la febbre perdura e la lingua è naturalmente molto impatinata. Dopo otto o dieci giorni di dieta e purganti il bimbo è uno scheletrino: un bel momento la febbre monta oltre i 40°: dolori violenti ad un orecchio e finalmente scolo purulento. Una comune adenoidite ha portato una tubotimpanite con otite media purulenta con esito in una perforazione della membrana del timpano. Il medico saggio assolve l'intestino, ed un'altra volta guarderà meglio la gola, per vedere se un fiocchetto di muco pus penzolante dietro il velopendulo arrossato facesse la spia di un'adenoidite suppurante.

II. *Malattie dell'apparato urogenitale.* — Una bambina lattante presenta febbre intensa. Nessun sintoma a carico dell'apparecchio respiratorio. Un po' di abbattimento; qualche scarica alvina. Malgrado purganti e dieta (talora ho visto applicare la dieta idrica per due o più giorni!) la bimba febbricita, impallidisce, è prostrata. Raccogliamo le urine con un catetere: *esse sono torbide;* all'esame microscopico del sedimento si mostrano ricche di leucociti, in parte degenerati, e formicolano di bastoncini mobili rifrangenti. Anche questa volta l'intestino condannato in prima istanza viene assolto in appello, ed una cura appropriata libera la bambina dalla febbre che era dovuta ad una pielocistite.

III. *L'infezione tubercolare.* — Un bambino che ha convissuto con parenti tossicolosi febbricita, dimagra, è stitico. Tosse poco o punto. Purganti, dieta. Il bimbo deperisce a vista d'occhio; compare tosse, magari bitonale. Se si pratica la cutireazione alla tubercolina, questa si mostra positiva, ed un esame radiologico fa vedere un rinforzo e un aumento di volume delle ombre ilari a contorni irregolari. Un cambiamento di rotta, specialmente per quanto riguarda l'alimentazione, determinata in tempo, può ancora rimettere il bimbo in discrete condizioni. Anche qui l'intestino è assolutamente innocente di fronte alla svelata tubercolosi ganglio-polmonare.

Non parliamo qui della tubercolosi miliare acuta, la cui diagnosi differenziale con una tifoide non è clinicamente mai troppo facile.

IV. *Le setticemie.* — Un lattante è colpito da febbre alta, abbattimento grave. Manca qualsiasi segno di localizzazione. Malgrado la dieta e i purganti il bimbo peggiora. Se si ha la possibilità di praticare un'emocultura si rivela la presenza nel sangue di un pneumococco o di un meningococco. Più tardi il bimbo morirà con petecchie cutanee, o con segni di meningite, oppure si formeranno ascessi multipli, ed allora l'esame batteriologico del pus ci indicherà la natura del germe, additandoci l'indicazione di una siero- oppure di una vaccinoterapia scientifica.

E potremmo continuare nell'enumerazione. Certe osteomieliti, la malattia di Heine Medin nel suo primo stadio, l'encefalite epidemica nel suo inizio, la stessa polmonite fibrinosa vedemmo erroneamente interpretate come febbri intestinali. Non parliamo poi di raccolte purulente interne, come pleuriti interlobari, ascessi pararenali, ecc.

Da tutto questo vorremmo trarre alcune conclusioni pratiche che ci appaiono ovvie, cioè:

1° Di *febbri intestinali note* non conosciamo per ora che il tifo, i paratifi e simili, malattie a decorso particolare a inizio per lo più lento, con febbre a tifo continuo e *mai* completamente remittente.

2° Esistono altre malattie dell'intestino capaci di dar febbre, ma in queste (dissenteria, gastroenterite, ecc.) i sintomi locali predominano talmente che non vi può essere errore diagnostico di sorta.

3° Al di fuori di questi due gruppi di malattie è bene di ritenere che non esistono altre *febbri intestinali*, almeno allo stato attuale delle nostre cognizioni. La diagnosi di comodo *febbre intestinale* dovrà perciò essere abbandonata, e preferiremo dire *febbre di origine ignota*, quando manchino sintomi locali che ce ne possano render ragione; ed in nessun caso dovremo sentirci dispensati da un'indagine accuratissima per poter giungere a stabilire, con tutti i mezzi diagnostici di cui oggi disponiamo, la vera natura della malattia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE HIRSCH DI SALONICCO.

Calcolosi prostatica.

Dott. ENRICO SCIAKY, chirurgo primario.

È questa, un'affezione che, talora primitiva ed unica, può più spesso accompagnare la comune ipertrofia prostatica.

Riesce oggi di diagnosi più facile, essendosene già pubblicati varii casi. Sorge in genere dai 25-30 anni e si manifesta per lo più con fenomeni disurici; bruciori spesso alla fine della minzione, spesso anche lieve ematuria finale. La fatica aumenta tali fenomeni e provoca talvolta dolori pelvici e perineali, pollachiuria notturna e coito doloroso, potendo far scambiare il paziente per un nevrastenico urinario.

La prostata spesso grossa, può talvolta non esserlo, ma è quasi costantemente dolorosa al punto da non potersi spremere senza vivo dolore. L'uretro-cistoscopia rivela talvolta segni flogistici nell'uretra prostatica e nel veru-montanum.

All'intervento si possono rinvenire da uno a pochi calcoli, ma talvolta ben 19, come nel caso operato da E. P. Meritt e descritto nel *The Journal of the Med. Ass. Chicago*, volum LXXIII, n. 225.

Le Fur cita due casi di calcoli prostatici, dei quali uno con un grosso calcolo unico del lobo destro in un prostatico infetto di 52 anni, guarito con prostatectomia; ed un altro di ben 14 piccoli calcoli in un adulto di 38 anni, senza sindrome dolorosa nè infezione, presentando sòlo un restringimento bulbare filiforme e *crepitazione caratteristica* all'esplorazione rettale.

Pasteau (Parigi) riferisce un altro caso di calcoli multipli tolti in blocco coll'adenoma prostatico.

Chevassu riferisce di un caso analogo, nel quale l'esplorazione rettale, li faceva sentire nel piano di clivaggio dell'enucleazione prostatica.

Escat (Marsiglia) conferma di aver spesso sentito nell'esplorazione rettale questo caratteristico sfregamento calcoloso segnalato da Chevassu, e di aver riscontrato all'intervento, veri calcoli prostatici, respinti alla periferia dall'adenoma prostatico; ed aggiunge la difficoltà di estrarli e la necessità insieme di non lasciarveli, onde evitare la formazione di una calcolosi secondaria alla prostatectomia.

Essendomi occorso di intervenire due volte in simile affezione, giudico opportuno pubblicarne una brevissima nota:

Pardo M., di anni 56, da Monastir, coniugato; con anamnesi remota e gentilizio negativi; soffre da qualche anno di pollachiuria specie notturna, e di ematurie terminali talora violenti. Ha residuo vescicale di 50 cc.; l'esplorazione rettale rivela una prostata del volume d'una grossa noce, a limiti non ben definiti, con nodosità interne dure; dolentissima al massaggio che ne fa fuoriuscire qualche goccia di sangue. L'uretro-cistoscopia non rivela nulla di anormale in vescica; il verumontanum è ipertrofico e fortemente iniettato. Intervengo operatoriamente il 1° novembre 1921 in cloretero-narcosi, eseguendo una epicistotomia. Entro, coll'unghia, nello spazio scollabile e rinvengo in una prostata sclerotica, che vien via a brandelli, ben 7 calcoli, dei quali il più grosso non supera un cece. Revisione della loggia prostatica. Drenaggio alla Marion. Guarigione che persiste tutt'ora.

Tiano G., di anni 75, vedovo; con anamnesi famigliare e remota negativa, è da qualche anno un prostatico, con residuo vescicale di oltre 350 cc. Dopo 8 giorni dall'epicistotomia intervengo per il secondo tempo della prostatectomia transvescicale alla Freyer, il 30 dicembre 1921, rinvenendo a mia sorpresa, entro la prostata, che anche questa volta tolgo a brandelli, ben 3 calcoli del volume medio di un grosso cece. Dopo accurata revisione della loggia prostatica applico il drenaggio alla Marion e l'infermo guarisce operatoriamente.

Nel primo dei due casi si tratta senza dubbio di calcolosi primitiva della prostata; ed in esso poteva la sindrome dolorosa ed ematurica senza notevole ipertrofia prostatica guidare verso la diagnosi: nel secondo però essa si è stabilita probabilmente secondariamente all'ipertrofia adenomatosa, e non essendovi la sindrome caratteristica nè *crepitazione caratteristica* all'esplorazione rettale, la diagnosi ne risultava più problematica.

Nei casi dubbi di diagnosi, consiglia Huberry le prove radiografiche che gli avrebbero dato risultati sorprendenti.

BIBLIOGRAFIA.

BEYER. Le Scalpel (Bruxelles), n. 24, 1921, pagine 597.

CHEVASSU. Bull. et Mém. Soc. Chir. (Paris), 10 février 1920, pag. 211.

GAYET. Lyon Chirurgical, n. 4, juillet-août 1920, pag. 467.

FARNARIER, HEIMANN et MOUCHET. Journ. d'Urologie (Paris), tome VIII, n. 1, pag. 15.

G. FRANK LYDSTON. Amer. Journ. of Surgery, vol. XXXII, n. 11, novembre 1918, pag. 257.

HUBERRY. Amer. Journ. of Roentlogy New-York, t. VI, n. 6, giugno 1919.

LE FUR. Comm. au XIX Congrès Français de Urologie. Paris, 8-11 octobre 1919; Journ. de Chir. (Paris), t. XV, n. 5, pag. 559; Journ. d'Urologie (Paris), t. VIII, n. 5, pag. 408.
MERITT E. P. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Chicago, t. LXIII, n. 25, pag. 1867, e Journ. d'Urol. Paris, tome IX, n. 5-6, p. 455.
R. L. SPITTEL. Indian. Med. Gaz., t. II, 1919, pag. 255.
PASTEAU. Annales del maladies des organes génito-urinaires, 1901, pag. 416. Etude sur les calculs de la prostate.

OSPEDALE CIVILE DI CIVIDALE.

Il processo morboso della calcolosi vescicale.

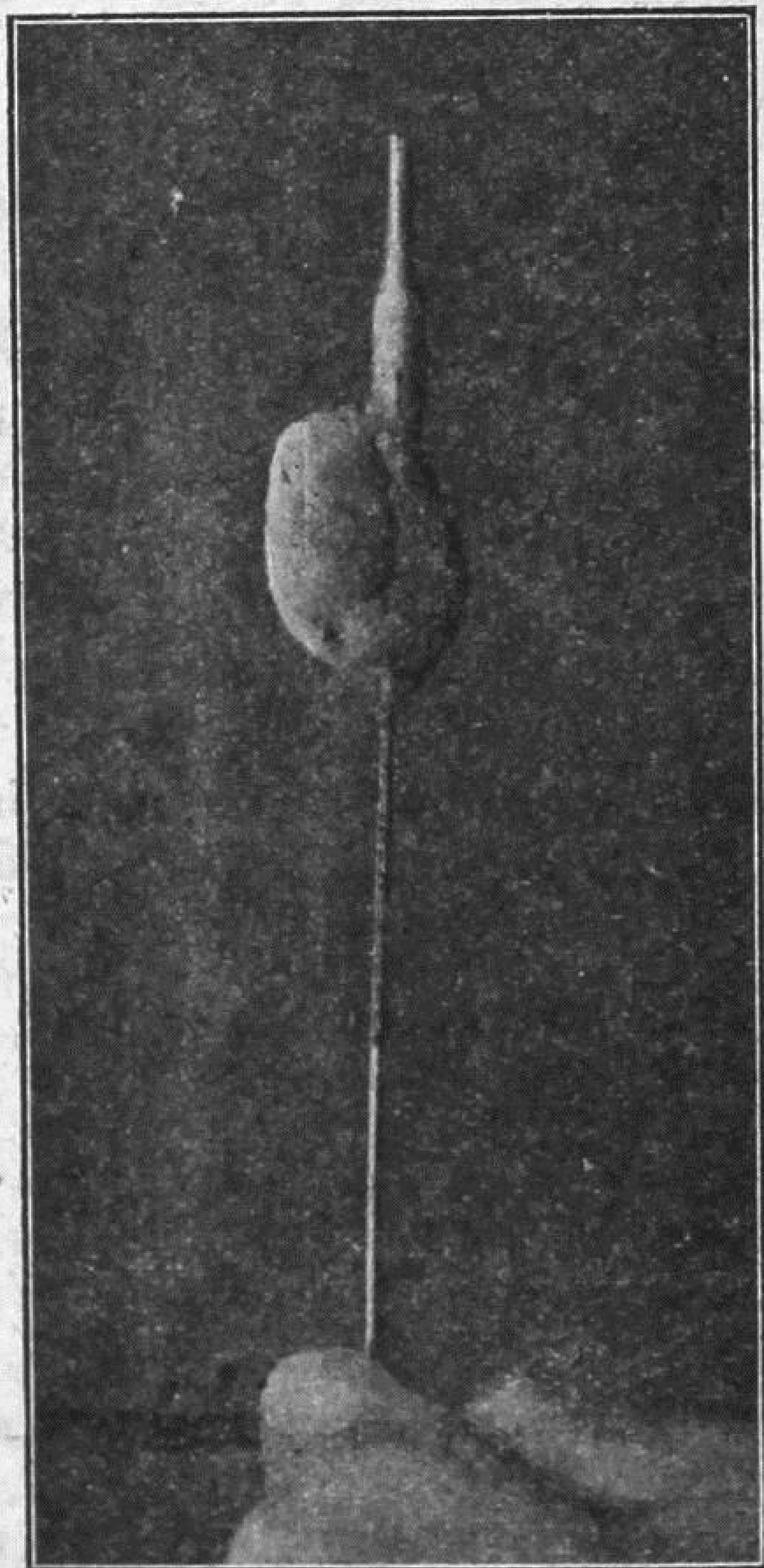
Dott. ANTONIO SARTOGO, chirurgo.

Il caso che presento offre un accenno sintetico quanto all'origine del processo morboso della calcolosi vescicale.

Si sa che un calcolo formasi per cause costituzionali o cause locali.

Il giorno 6 marzo 1923 viene all'Ospedale C. L. da Macarolis, di anni 39, contadino, vedovo, con la seguente sintomatologia.

Frequenza delle minzioni, stranguria, brusca interruzione del gettito dell'urina, dolori violenti sopratutto in seguito a movimenti del corpo e irradiantisi fino all'estremità del glande e nei dintorni della vescica-ematuria.



Esame delle urine: Sedimento non copioso di renella-sangue, epiteli vescicali, cellule di desquamazione delle vie urinarie. All'esplorazione col catetere di Guyon manifestasi una sensazione tattile, uditiva di urto, sensazione un po' secca e cupa, pastosa in prevalenza.

Interrogato più volte il paziente, confessa che egli si introduceva a scopo di godimento nell'uretra un tubetto contagocce di vetro e circa sei mesi fa essendoselo spinto con più forza nel canale non lo potè più estrarre, tanto che in seguito alla irritazione del corpo straniero impegnatosi nell'uretra coadiuvato dall'erezione, attraversata l'aponevrosi media con l'aiuto dell'azione muscolare del piano perineale scivolò in vescica.

Il 9 marzo viene operato di epicistotomia. Il decorso è completamente apiretico ed il 27 marzo il malato viene dimesso completamente guarito.

Dal basso fondo della vescica fu estratto il corpo estraneo il quale si presentava disposto nel senso antero-posteriore attorno al tubetto fra il terzo medio ed il terzo inferiore a mo' di manicotto: si è depositato un ammasso di piccoli calcoli di cistina e di fosfati così da assumere la grossezza di un grosso uovo di gallina dal colorito grigio-giallastro-friabile. La mucosa vescicale iperemica, tumefatta, con ulcerazioni sia sul fondo stesso che sulla parete anteriore presso l'ugola.

Il caso predetto può interessare non solo clinicamente per la *particolare etiologia* ma anche dal lato medico legale. Nella letteratura altri se ne leggono di singolari, ma non frequenti, come pezzetti di gomma, asticelle, forcine, frammenti di catetere e altro, specie nelle femmine. Tali corpi estranei rappresentano come è evidente nel caso che presento veri nuclei di precipitazione delle sostanze contenute nell'urina.

Per la diagnosi, essa risulta dalla sintomatologia e dagli schiarimenti che talora con una certa difficoltà vengono forniti sui vari oggetti.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE.

Pseudosigmoidite in uretrocistite complicata con ascesso iliaco da anaerobii.

Prof. LICINI dott. CESARE,
direttore e chirurgo primario.

Nelle malattie uretro-vascicali, si possono avere alle volte delle complicanze, che vengono interpretate in diversa maniera. Io ho avuto occasione di curare un infermo ammalato di tale malattia, che si complicò con un ascesso iliaco, e contemporaneamente, dei sintomi, potevano far pensare ad una cointeressenza del sigma colico, che non era stato effettivamente leso nella sua integrità.

C. S. fu G., anni 64, medico, da Rocca S. G. Il padre soffrì di disturbi vescicali, non ben ricordati dall'infermo. Questi non fece mai malattie degne di nota, è modico bevitore e mangiatore, fumatore accanito, non ebbe mai ma-

lattie veneree, quantunque molto dedito a Venere. Ebbe sempre una grande attività fisica, quale è richiesta dalla sua professione. Da parecchi anni, forse 5 o 6, cominciò ad avere disturbi di urinazione, nel senso che doveva ricorrere al cateterismo per vuotare la vescica. Questo disturbo con il tempo si fece più frequente, ed il cateterismo ripetuto, fu causa di una cistite, che fu trascurata. Spesso, dopo il cateterismo, ebbe delle febbri violenti, che lo costringevano a letto per vari giorni. In seguito i disturbi urinari aggravarono al punto, che l'infermo doveva cateterizzarsi tutte le volte che doveva vuotare la vescica.

Cinque o sei giorni fa, di ritorno da una cavalcata, fu preso da forti brividi e da febbre violenta. L'urina avuta con il catetere era torbida e di cattivo odore, con tracce di sangue rosso. Nei giorni seguenti i sintomi si calmarono, però una diecina di giorni dopo si ebbe una nuova esacerbazione. L'infermo ebbe meteorismo, dolori addominali, vomito.

L'uretra, all'esplorazione, lascia passare una sonda n. 20, che trova ostacolo a livello della prostata, per cui bisogna adoperare un catetere a curvatura prostatica, per entrare in vescica. Questa contiene poca urina residua, torbida ematica. La capacità vescicale è di circa 180 cc. L'esame delle urine, di reazione alcalina, dà presenza di pus emazie, assenza di elementi renali. Il reperto batteriologico da: cocchi sparsi e numerosi bacilli. L'esplorazione rettale fa notare un prostata molto grossa, uniformemente molle elastica, indolente. Nulla all'ultima porzione del grosso intestino. Nulla di speciale all'esame delle feci. Alla regione inguinale sinistra si palpa una tumefazione a salsicciotto che si dirige in dentro ed in dietro nella fossa iliaca. Essa spinge l'arcata femorale in avanti ed in alto. Questa tumefazione dapprima molle elastica, si fece in seguito pastosa, poi fluttuante e crepitante, (timpanica), alla palpazione. Apertasi spontaneamente diede esito ad una grande quantità di pus denso, color cioccolato, fetidissimo. L'esame di esso diede cocchi e bacilli sparsi, identici a quelli rinvenuti nelle urine. La ferita residua presentò un fagedismo dei tessuti, che cedette all'uso di iodoformio e carbone sterile, mentre altri medicinali erano rimasti senza risultati. In vescica fu applicato un catetere molle a permanenza, immettendo, dopo lavata, con liquido indifferente, circa 100 cc. di liquido, per evitare l'intolleranza del catetere, tappato.

L'addome è ancora doloroso ad accesso, e di tanto in tanto si ripresenta il vomito anche a stomaco vuoto. Temperatura 37 al mattino, 38 la sera.

Dalla storia e dall'esame dell'infermo, non si rileva alcuna localizzazione piemica nella prostata, nè le pareti vescicali erano state interessate nella loro continuità da un processo purulento, come rilevò l'esame della vescica stessa. Quale era stata dunque la via seguita dalla infezione per dare manifestazione di se alla regione inguinale, e perchè si avevano sintomi addominali?

Ciò ci può essere spiegato studiando l'anatomia della parte. La parte posteriore dello spazio prevescicale è costituita dall'aponevrosi ombellico-vescicale del Testut. Questa aponevrosi si fonde in basso con quella dell'otturatore interno, in alto con quella del muscolo retto dell'addome, ai lati l'aponevrosi non si salda con altra, lasciando uno spazio aperto. D'altra parte la loggia prostatica, posteriormente ai ligamenti pubio-vescicali, è ampiamente aperta ed a contatto della vescica. I ligamenti pubio-vescicali si confondono, ai lati, con l'aponevrosi pelvica. L'aponevrosi iliaca si arresta all'arcata femorale ed al di sopra ed al di sotto di essa esiste connettivo lasso più o meno ricco di adipe. il colon sigmoideo riposa, nella sua porzione pelvica, sulla vescica.

Il processo infiammatorio uretro-vescicale quindi, sorpassate le pareti vescicali, si era diffuso al connettivo pericistitico e di qui, seguendo le aponevrosi, si era fatto strada nelle vie lasciate libere da esse, riuscendo al di sotto dell'aponevrosi iliaca, e in fine al di sotto dell'arcata femorale.

Si trattò in altri termini, di un processo settico uretro-vescicale, con infezione del connettivo perivescicale ed ascesso da anaerobi nella fossa iliaca, che agì come ascesso da fissazione, per la lesione vescicale.

Che la infezione era in diretta dipendenza del processo settico uretro-vescicale, ci è dimostrato dalla identità dei germi rinvenuti tanto nella vescica, che nella marcia dell'ascesso iliaco. Che questi germi anaerobici abbiano potuto attraversare la parete vescicale non lesa, ci è dimostrato dalla integrità di essa all'esame. Che il sistema linfatico non sia entrato in gioco in questo caso, ci vien detto dall'anatomia, perchè si conosce che la rete linfatica della vescica, raggiunta la superficie dell'organo, si divide in due parti, di cui una ascende sboccando nei gangli della parete addominale, un'altra discende verso il bassofondo, sboccando nei gangli lungo l'arteria ipogastrica, ed Albarran potè dimostrare in questi gangli la localizzazione metatastica di certe affezioni della vescica.

L'infermo però aveva avuto nel periodo acuto della malattia, meteorismo, dolori addominali, vomito anche a digiuno, non ostante che l'alvo fosse normale e nulla si riscontrasse nelle feci. L'esame alto del sigma colico, neppure nulla rilevava di abnormale. Ciò non ostante la pressione nella fossa iliaca, al di sopra della tumefazione summenzionata, riusciva dolente al paziente. Poteva sembrare che, per la contiguità della sezione del grosso intestino alla vescica, il colon sigmoideo fosse stato interessato dal processo infiammatorio vescicale ed extravescicale con tutte le conseguenze della lesione, tanto più che il flemmone perismoideo si complica non raramente con propagazione alla fossa iliaca. In ogni modo i sintomi subiettivi, che potevano essere attri-

buiti ad una partecipazione del sigma, non mancavano, ed in un momento fu creduto in essa, però lo svolgersi della malattia dimostrò che quella sezione dell'intestino non era interessato se non in modo riflesso dal vicino processo infiammatorio, poichè come si è sopra ricordato, il sigma, nella sua porzione pelvica, riposa sulla vescica o tra la vescica e retto.

Clinicamente questo caso ha valore, oltre che per la non frequenza della complicanza di un ascesso iliaco da anaerobi, derivato da un processo infiammatorio uretro-vescicale anche perchè la vicinanza del sigma può simulare, in via riflessa, una sua lesione.

OSPEDALE CIVILE DI SCHIO
DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. CARLO MARIANI.

Due fistole vescico-vaginali susseguenti ad una comune forcella da capelli in vescica

per il dott. GILE BRENDOLAN.

Durante un anno e mezzo da che sono Assistente in questo Ospedale ho avuto occasione di vedere tre casi di pervertimenti sessuali, di cui ognuno diede luogo a delle complicazioni abbastanza gravi; il seguente ha secondo me speciale importanza, perchè ha cagionato in una ragazza due fistole vescico-vaginali che richiesero per guarire due interventi successivi.

G. L., di anni 19, contadina, entra in Ospedale il giorno 13 marzo 1922. Essa accusa incontinenza di urina da un mese e mezzo e qualche dolore al basso ventre; nessun altro disturbo. Nella storia nulla di notevole a carico del gentilizio. La malata non ha sofferto di alcuna malattia degna di interesse: esclude blenorragia e qualunque altra lesione venerea. Dal modo di presentarsi e di rispondere alle domande rivoltele si capisce che è di scarsa intelligenza. La sua costituzione è buona, come pure lo sviluppo muscolare e lo stato di nutrizione; anche i vari apparati ed organi non presentano alcunchè di notevole. La percussione e la palpazione della vescica la rivela vuota; dal meato urinario non esce goccia d'urina neanche colla spremitura manuale attraverso all'ipogastrio: la vulva invece è umida, e da essa emana odore di urina alterata: facendo l'esplorazione vaginale si notano due corpi metallici sottili, che si capisce subito esser le branche di una forcina da capelli; essi sono impiantati nella parete anteriore della vagina, a poca distanza l'uno dall'altro, e sporgono per tre centimetri circa perpendicolarmente al maggior asse; lungo questi corpi scola a goccie l'urina. La paziente, interrogata opportunamente, ammette di essersi introdotta, non sa come, una forcella in vescica due mesi prima. Subito dopo introdottala, avvertì dolore e bisogno impellente di urinare, e da allora si stabilì tenesmo vescicale e pollachiuria, che, molto intensi nei primi giorni, andarono lentamente mitigandosi per dar luogo alla perdita continua di urina dalla vagina. Non sa dire come la forcella si sia fatta strada in vagina, ma afferma di perdere le urine da un mese e mezzo.

Come si capisce, la diagnosi era ovvia, sebbene la cistoscopia fosse impossibile, dato che il liquido da iniettare per distendere la vescica sarebbe fuoruscito come l'urina attraverso i fori vescico-vaginali. Si decise perciò di tentare l'estrazione della forcella coi mezzi più semplici, e cioè dalla vagina e a donna sveglia per usufruire delle sue sensazioni come guida. L'estrazione in questa maniera sembrava facile, dato che tutte due le branche erano in vagina; ma invece, nonostante queste condizioni favorevoli, la cosa si dimostrò impossibile.

Venne subito logica l'ipotesi, che deposizioni calcaree si fossero formate intorno all'ansa della forcella; ed infatti il cateterismo esplorativo ci fece notare, che la sonda introdotta in vescica urtava contro un corpo duro e scabro: tale reperto inoltre ci veniva confermato dall'esplorazione diretta della vescica fatta col dito previa divulsione dell'uretra, in quanto si sentiva la forcella attorniata da una grossa concrezione.

Si venne perciò all'estrazione della forcella per cistotomia soprapubica, che fu eseguita dal Primario prof. Carlo Mariani. La vescica fu chiusa, lasciando un piccolo drenaggio nell'angolo inferiore della ferita cutanea: fu applicato il tamponamento vaginale ed una siringa uretrale molle a permanenza, allo scopo di facilitare la riparazione delle due fistolette vescico-vaginali. Esaminati i calcoli, essi erano, uno della grandezza di una noce e forse più, l'altro di metà grossezza; ognuno si era formato intorno alla radice di una branca e, data la loro grandezza, erano a mutuo contatto nell'interno delle branche presentandovi ciascuno una faccia piana. La forcella era di quelle comuni da capelli della lunghezza di nove centimetri.

Nei primi giorni la donna colle contrazioni vescicali spinse fuori parecchie volte la siringa, che le fu sempre rimessa.

Nessun altro inconveniente post-operatorio. Dopo un mese e mezzo l'incisione soprapubica si era chiusa, ma le due fistolette vescico-vaginali permanevano inalterate e la giovane perdeva tutte le urine attraverso ad esse. Si tentò di cauterizzarle col nitrato d'argento e colla galvanocaustica, ma anche questo fu inutile; dopo due mesi persistevano ancora e non accennavano a chiudersi menomamente.

Si dovette perciò venire all'operazione per la loro chiusura, che si eseguì dalla via vaginale col metodo americano a punti staccati in seta. Solito tamponamento vaginale e catetere a permanenza che questa volta fu tollerato benissimo.

L'esito di tale operazione fu discreto, ma non completo. Dopo tolti il tampone e la siringa, la malata poteva trattenere in posizione orizzontale 150 cmc. di urina, mentre tale quantità diminuiva molto nella posizione eretta. Ad un esame vaginale con iniezione in ve-

scica di liquido colorato si constatò la permanenza di una delle fistole, mentre l'altra era guarita.

Persistendo tale stato di cose, il 31 maggio la paziente fu dimessa, avvertendo lei e la famiglia che, dopo passati tre o quattro mesi, sarebbe dovuta ritornare per una nuova operazione.

Rientrò il 5 novembre raccontando di essere stata sempre nelle stesse condizioni. Previa nuovo esame vaginale, che ci confermò il reperto già notato all'uscita, il 9 novembre si venne al secondo intervento che, essendo riuscito facile lo scollamento della parete vaginale dalla vescicale, fu eseguito col metodo dello sdoppiamento e sutura separata della vescica con due punti in catgut, e della vagina con quattro in seta. Anche stavolta tamponamento e catetere a permanenza, che furono tolti in tredicesima giornata: i punti di seta in sedicesima. L'esito stavolta fu completo, la ragazza dopo 18 giorni dall'intervento lasciava l'Ospedale completamente guarita.

In questo caso l'introduzione in vescica della forcella deve essere avvenuta alla solita maniera e cioè: la donna, introdottala da principio nell'uretra dalla parte dell'ansa, nel parossismo del godimento la spinse forse eccessivamente e se la lasciò scappare. Da allora diventò impossibile la fuoruscita della forcella, perchè le branche, divaricandosi per la loro elasticità, venivano ad infiggersi nella parete uretrale, mentre era facile invece il progredire verso l'interno, dato che da questa parte era diretta l'ansa che è arrotondata e liscia.

Fin quì nulla d'interessante. Quello che ci sembra degno di rilievo invece, e che ci indusse a questa illustrazione, è il fatto, che la forcina abbia potuto perforare con ambedue le sue punte il setto vescico-vaginale.

Ho voluto consultare tutte le pubblicazioni al riguardo, che son riuscito a trovare nel materiale bibliografico che ho a disposizione, per vedere quanto frequente fosse questa evenienza, ma non l'ho trovata che in un solo caso capitato al prof. Parlavecchio nel gennaio del 1911.

Si trattava di una contadina di 23 anni che a scopo di libidine si era introdotta in vescica una forcina da capelli della lunghezza complessiva di 19 cm., e le cui branche perforarono il setto vescico-vaginale e minacciavano di perforare il vagino-rettale. Tale forcella fu estratta dopo dieci giorni dal prof. Parlavecchio dalla vagina tirando sur una branca mentre spingeva sull'altra.

Nessun altro caso ho visto del genere mentre invece ci sono casi di corpi estranei che dalla vagina sono penetrati in vescica. Anche i trattati parlano di altre complicanze, ma non di questa; e che così sia, lo si capisce pensando che in corrispondenza del setto vescico-vaginale la parete vescicale già grossa è quasi rafforzata dalla vaginale, alla quale aderisce per uno strato sottile di tessuto lasso. Come interpretare allora tale perforazione?

Le manovre della donna, sia dalla vagina che dall'ipogastrio, non ci sembrano sufficienti a spiegare questa perforazione, poichè essa è dolorosa, e la donna si sarebbe certo arrestata di fronte al dolore, tanto più sotto l'impressione di quanto le era già successo. Bisogna secondo noi pensare a questo: arrivata la forcella in vescica, le punte delle branche, che erano posteriori, devono esser cadute verso il bassofondo vescicale; una conferma di tali ipotesi l'avremmo, se la donna fosse stata in quel momento sdraiata, ma non riuscimmo a stabilirlo con certezza, benchè ci sembri molto probabile. A questo punto debbono essere intervenute le contrazioni vescicali; infatti la donna ci ha raccontato che, subito dopo l'introduzione, avvertì dolore e bisogno di urinare, ciò che fa pensare appunto, che, per l'irritazione prodotta dalla forcella, si siano subito verificate delle contrazioni, le quali svuotando la vescica e addossandone le pareti riuscirono a far impiantare le punte, che d'altra parte erano probabilmente tenute ferme in mezzo a qualche piega mucosa. Una volta impiantate le branche le successive contrazioni che continuarono a lungo, come risulta dalla storia, riuscirono a far progredire la forcella fino ad attraversare tutto il setto.

Ci si potrà obbiettare che la vescica tollera con facilità i corpi estranei; per quanto questo sia vero non ci sembra sufficiente ad escludere nel nostro caso le contrazioni vescicali. dal momento che si trattava di una forcella a branche appuntite; ed, oltre alla storia raccontataci dalla malata, ci conferma in tale ipotesi anche il fatto che dopo la cistotomia fu spinta fuori più volte la siringa. Colle contrazioni si spiega pure il suo caso il prof. Parlavecchio, che, ad una mia richiesta, ebbe appunto a rispondere molto gentilmente in questo senso. Si potrà piuttosto ammettere che, dopo l'impianto delle punte, qualche manovra della donna abbia facilitata la perforazione, ma questo se mai come azione secondaria e dopo che l'impianto era avvenuto, perchè l'azione principale secondo noi spetta alle contrazioni vescicali.

Un'altra circostanza ci ha fatto meraviglia nel nostro caso ed è, che siano residuati, ai due fori prodotti dalle branche della forcella. due fistole. Noi non ce lo aspettavamo, perchè le branche dovevano aver attraversato il setto

senza dar luogo a perdita di sostanza e quindi era sperabile che la musculatura ed il connettivo, divaricati anzichè distrutti, avrebbero per la loro rispettiva tonicità ed elasticità portato alla chiusura dei fori. E infatti le fistole vescico-vaginali sono di solito dovute a parti lunghi distocici con compressione prolungata e necrosi successiva, o ad interventi operatori, o a traumi, o a suppurazioni, o a qualche altra causa che dia però luogo a perdita di sostanza. Nel nostro caso ciò non era avvenuto e quindi crediamo che le fistole debbano trovare la loro spiegazione in questo: La lunga permanenza delle branche che determinarono un decubito lento e prolungato sui fori del setto vescico-vaginale, il continuo passaggio dell'urina, l'azione irritante dei calcoli ed il processo cistitico permisero ai fori di orlarsi di mucosa, e per questo restarono definitivamente anche dopo estratta la forcina ed applicata la siringa ed il tamponamento, costituendo due fistole ribelli, per quanto piccole, e tali da richiedere l'intervento chirurgico, che fu poi coronato da completo successo.

BIBLIOGRAFIA.

DURANTE. *Trattato di patologia e Terapia Chirurgica.*
FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica.*
BERKMAN-MIKULICZ. *Handbruch der Brakithon Chirurgie.*
BERSCH HIRSCHFELD. *Trattato di Anatomia Patologica.*
SCHAUTA. *Trattato completo di Ginecologia.*
KUSTNER. *Trattato completo di Ostetricia.*
FEDENAT e DELMAS. *Cause delle fistole vescico-vaginali.* Province Medicale, 1913, n. 42; Policlinico, Sezione Pratica, 1913, n. 17.
MAUCLAIRE. *Le fistole vescico-vaginali.* Policlinico, Sezione Pratica, 1914, n. 35.
MAZZONI. *Alcune considerazioni su operati di fistole uro-genitali.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1920, n. 68.
DERNEK. *Fistole genitali nella donna.* Medical Record, 1914, p. 15; Clin. Ostet., 1915.
MARION. *Fistole vescico-vaginali.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1911, n. 52.
PUCCI. *Della cura chirurgica della calcolosi vescicale con speciale riguardo al taglio perineale ed ipogastrico.* Clinica Chirurgica, 1908, n. 5.
GIAMBALVO. *Un corpo estraneo nella vagina di una donna al 5° mese di gravidanza.* Morgagni, 1921, n. 35 bis.
CATERINA. *Contributo allo studio di corpi estranei in vescica.* Archivio Italiano di Chirurgia, 1922 n. 15.
NICOLICH. *Calcolo uretrale e corpo straniero in vescica.* Riforma Medica, 1921, n. 1.
TADDEI. *Fistola vescico-otturatoria cutanea conseguente a permanenza di un corpo estraneo in vescica.*
FERRONI. *Di alcuni casi di fistole vescico vaginali.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 38.

COMMENTI.

Sulla diagnosi batteriologica rapida della difterite.

Riceviamo dal sig. dott. Reh di Ginevra:

Il prof. Pecori ha pubblicato in questo giornale (30 aprile 1923) un articolo interessantissimo sulla differenziazione del bacillo di Löffler da quello di Hoffmann col metodo della decolorazione.

Ci sia permesso ricordare a questo proposito che, già nel 1915 (1), in seguito a ricerche da noi fatte alla Clinica del professore D' Espine, esponevamo l' importanza, per la diagnosi rapida tra il bacillo difterico e il pseudo-difterico, del loro diverso comportamento con il Gram. Noi abbiamo dimostrato che, in pratica, i bacilli che si decolorano devono essere considerati come difterici e che nell' 84 % dei casi di bacilli che resistono alla decolorazione si tratta invece di bacilli pseudo-difterici.

Questo metodo di diagnosi differenziale secondo la decolorazione fu applicato di poi da altri autori con variazioni tecniche (colorazione del Gram, colorazione del Gram modificato dal Nicolle, durata della decolorazione variabile secondo il decolorante impiegato: alcool, alcool-acetone, e secondo la durata d'azione del colore). Anche in Francia Martin e Loiseau (2), Dufourt (3) e altri lo chiamano metodo del Reh. Martin e Loiseau (2) scrivono: «M. Deguy e Benjamin Weill «avevano già segnalato questa decolorazione «del bacillo difterico, mentre il bacillo corto «conserva fortemente i coloranti (*Manuel pra-«tique du traitement de la diphtérie*, 1902), «senza trarre conseguenze pratiche sulla di-«stinzione dei veri dai falsi bacilli. Solo nel «1915 il Reh ne fece un metodo di diagnosi «differenziale tra il vero bacillo difterico e «quello dell'Hoffmann».

Ci sembra dunque inesatto denominare questo metodo *metodo di Langer e Krüger*, visto che noi abbiamo indicato la sua base e la sua applicazione un anno prima della pubblicazione di questi due ultimi autori.

---

(1) *De la résistance du bacille pseudo-diphtérique (corynebacterium pseudo-diphtericum, Hoffmann) à la décoloration, moyen de diagnostic différentiel avec le bacille diphtérique (corynebacterium diphteriae, Löffler.)* Revue médicale de la Suisse romande, 20 septembre 1915.

(2) LOUIS MARTIN e GEORGES LOISEAU. *Le Bacille diphtérique.* Bulletin médical, mars 1921.

(3) ANDRÉ DUFOURT. *A propos du diagnostic de la diphtérie.* Lyon médical, 10 mai 1923.

Tale priorità ci sembra tanto più importante in quanto il prof. Pecori ha confermato ancora, recentemente, la portata pratica del metodo da noi per primi proposto.

***

Alla nota del dott. Reh facciamo seguire alcune brevi osservazioni del prof. Pecori:

Nella mia pubblicazione, da lui citata, sulla differenziazione dei bacilli difterici dagli pseudo-difterici, ho creduto di dover chiamare metodo di Langer e Krüger il metodo fondato sulla decolorazione col Gram e sulla resistenza all'alcool per le seguenti ragioni:

1° perchè la tecnica di L. e K., identica nel principio informatore, differisce sensibilmente *in tutti i suoi tempi di esecuzione* da quella di Reh e perchè con essa, e con gli accorgimenti precisati nelle mie ricerche, si può giungere a una differenziazione assoluta, e non soltanto nell'84 % dei reperti, come con la tecnica di Reh;

2° perchè il metodo va sotto tale nome presso tutti gli autori tedeschi che si sono occupati di esso, nè ho trovato la denominazione di «metodo del Reh» in nessuno dei lavori francesi che mi è stato possibile consultare sull'argomento e che pure citavano le osservazioni del Reh.

Peraltro il merito del Reh non può essere disconosciuto ed io stesso ho voluto dichiarare nel mio lavoro che «furono Reh e Meros (1913) *i primi* a notare le diversità di resistenza, ecc.».

Torno oggi a riaffermare l'importanza delle ricerche del Reh, indipendentemente da ogni questione di nomi, perchè esse furono, senza dubbio, il punto di partenza dalle ricerche successive di tutti gli altri sperimentatori.

G. PECORI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Sega circolare chirurgica.

Dott. G. GALATÀ.

Lo scopo principale che si propone questo istrumento è quello di poter eseguire agevolmente la discontinuità delle ossa piatte con tagli rapidi e sottili.

Nell'idearlo si è tenuto soprattutto conto dell'esigenze della chirurgia cranica, ma la sua applicazione può essere estesa anche alla chirurgia ossea generale e speciale.

A differenza degli altri strumenti del genere (Kröenlein, Alby, ecc.), ingombranti e di non agevole maneggio, si è cercato di rendere questo istrumento il più chirurgico possibile e di dargli i requisiti della massima semplicità e manovrabilità.

Per raggiungere questo scopo:

1° le dimensioni e il peso sono stati ridotti a poco più di quelli di un comune staccaperiostio;

2° i tagli, invece che perpendicolarmente all'asse dell'istrumento, come si hanno nelle altre seghe circolari, sono diretti nello stesso senso dell'asse, e, quindi, dell'avambraccio dell'operatore;

3° l'attrito fra la sega e l'osso, nonostante l'alta velocità (2500 giri per 1') è stato potuto ridurre al minimo, per cui, mentre si è evitato da una parte il riscaldamento della lama e quindi la necrosi delle superficie di taglio, è stato possibile raggiungere agevolmente quel perfetto equilibrio fra potenza e resistenza che, per questi strumenti, è la questione centrale del problema. Si sono potute, così, annullare del tutto le vibrazioni e le scosse, che rappresentano l'inconveniente abituale di questi apparecchi.

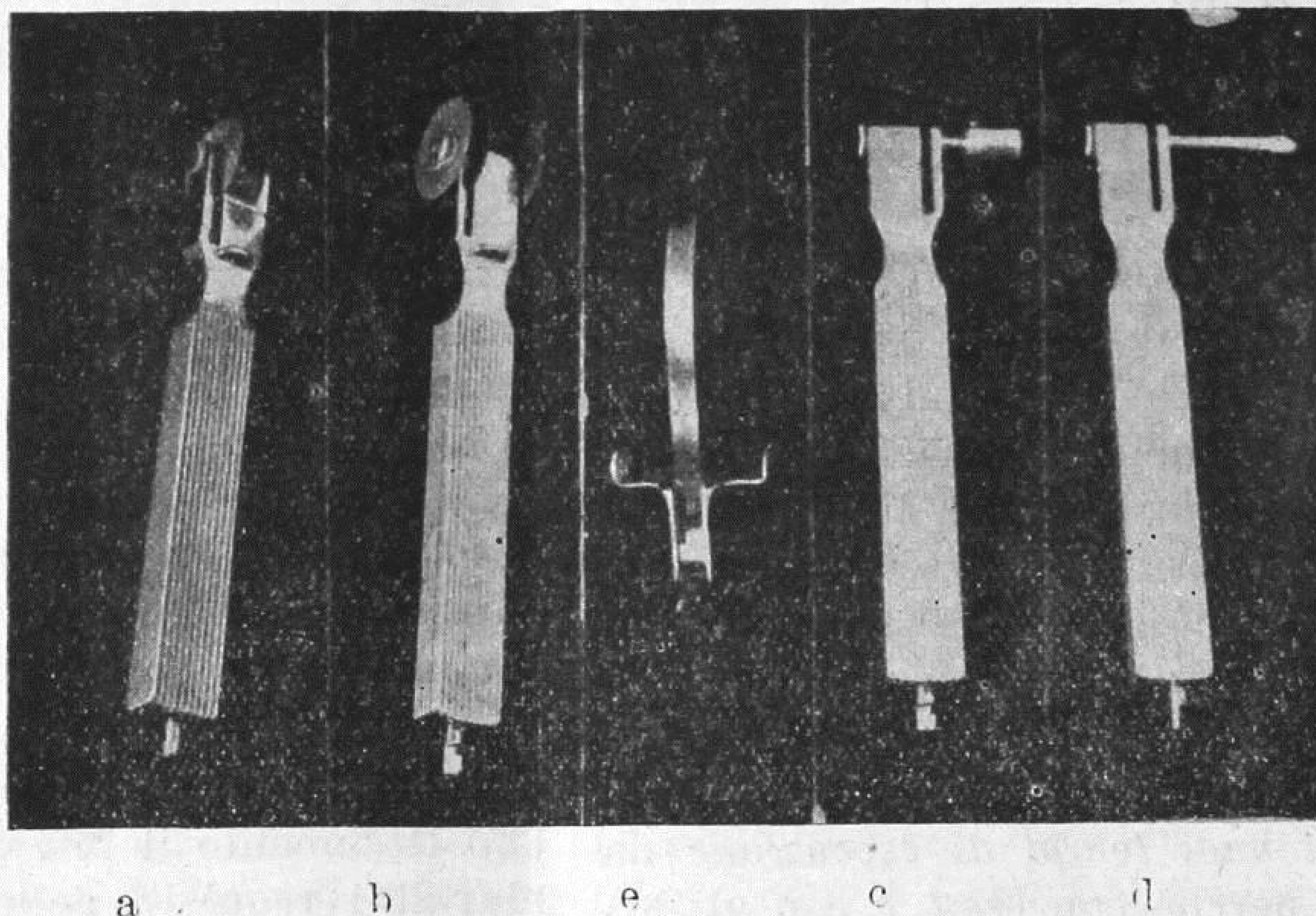
Le dette caratteristiche permettono di ottenere un funzionamento calmo, rapido e leggero e di eseguire tagli anche su superficie ossee ristrette e profonde. La sottigliezza dei tagli (3/10 di mm.) riduce, d'altra parte, la perdita di sostanza ossea a proporzioni insignificanti, fatto che non è scevro d'importanza per il processo di cicatrizzazione.

Al pari di altri istrumenti congeneri, esso può anche funzionare come sega gemellare per il taglio dei listelli da trapianto, e può permettere, inoltre, l'applicazione di seghe a corona e di punte e frese diverse. (Fig. 1, *a b c d*).

***

L'istrumentario comprende, oltre che uno speciale motore (alta velocità, reggispinta agli

Fig. 1.



a b e c d

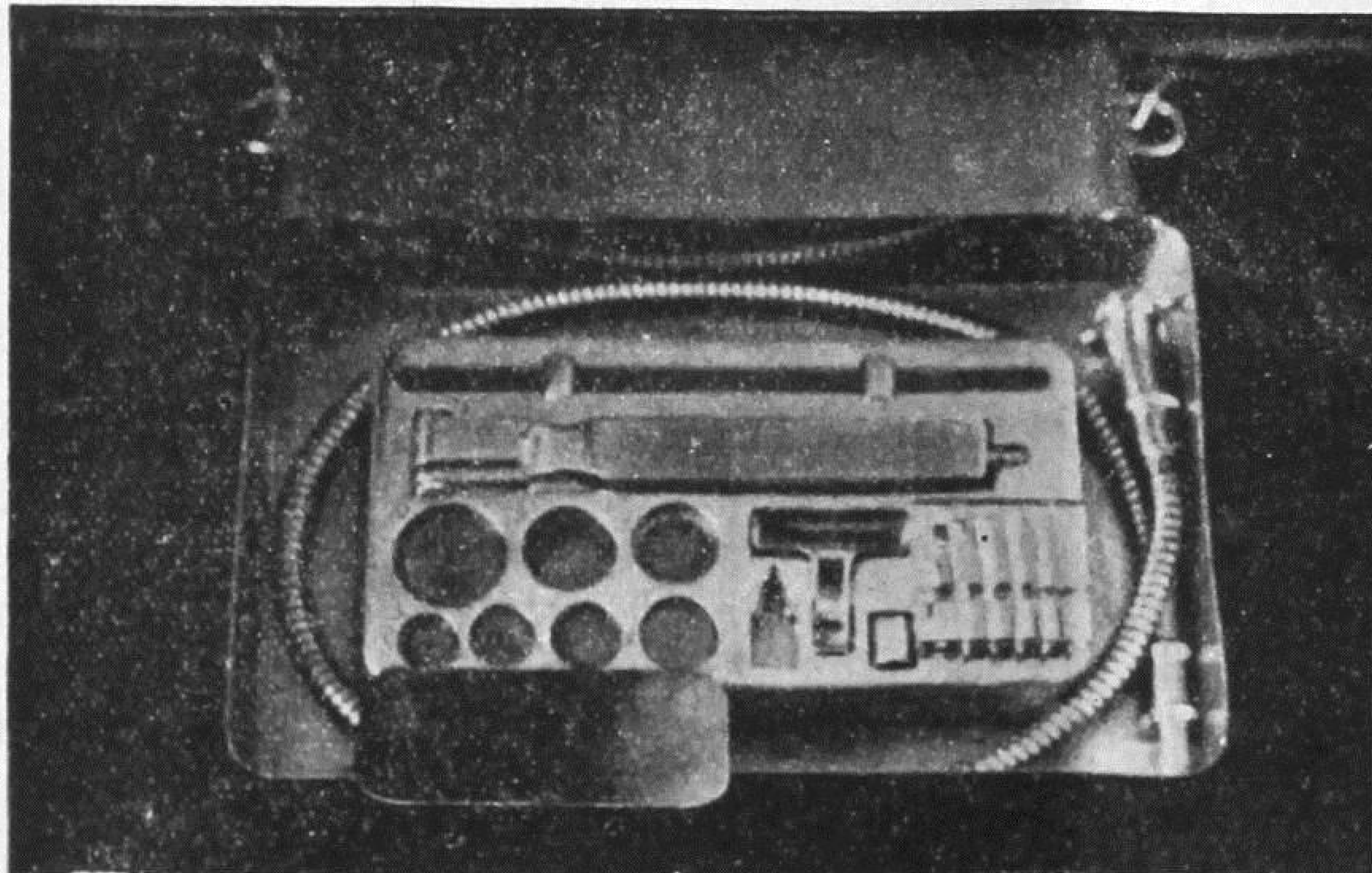
assi, sospensione a bilico ecc.) e l'asse flessibile con i rispettivi giunti (fig. 3), le seguenti parti:

1) L'istrumento propriamente detto (fig. 1). Consta di un prisma metallico rettangolare, cavo, che racchiude due assi, perpendicolarmente collegati fra loro per mezzo d'ingranaggio biconico: l'uno, lungo, che s'incastra all'asse flessibile, l'altro, corto, che porta le seghe. Peso, gr. 240. Dimensioni cm. 17×2×1.

2) Le seghe circolari. Sono lame circolari molto sottili (2/10 di mm.) a speciale dentatura, comprendenti una serie di 7 numeri di diametro progressivo, per tagli di profondità massima prestabilita (da mm. 2 a mm. 10).

3) I raccordi per i tagli gemellari. Si applicano allo stesso istrumento e permettono di ottenere, variando le combinazioni, listelli della larghezza di mm. 5, 10, 15, 20, 25, 30.

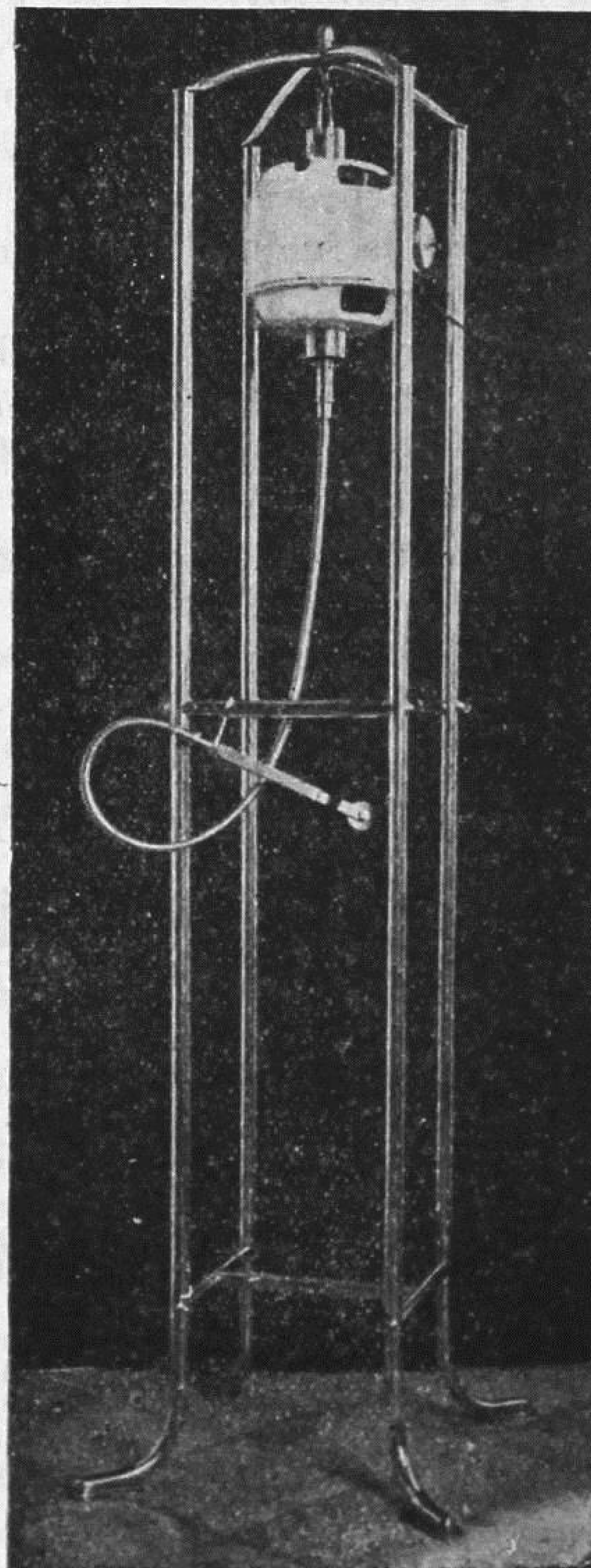
Fig. 2.



4) Una sega cilindrica di 12 mm. col suo supporto. Serve soprattutto nella craniectomia per il taglio dei fori necessari alla introduzione della sonda elastica di protezione.

5) Una sonda elastica col suo supporto (fig. 1, e). È un nastro di acciaio, di 8 mm. di larghezza, passante in una speciale guida che ne permette lo scivolamento orizzontale o

Fig. 3.



curvilineo fra tavolato cranico e dura senza che si eserciti pressione alcuna sull'encefalo, e vincendo le eventuali aderenze. Serve a proteggere la meninge durante il taglio della sega circolare.

6) Punte diverse per eseguire trapano-punture, fori, erosioni ossee (1).

***

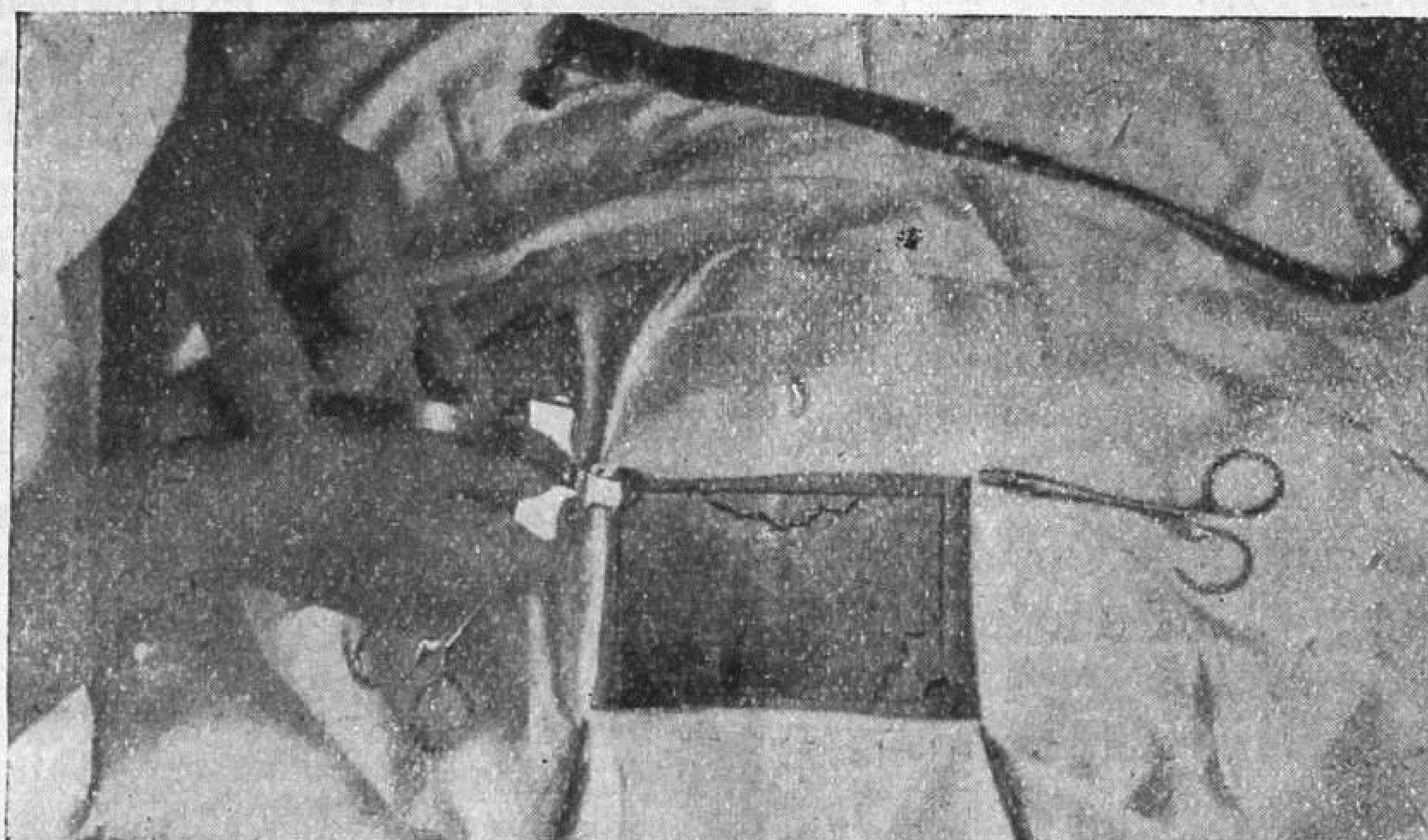
Norme dettagliate per l'uso generale dello strumento sono compilate a parte perchè esorbiterebbero, quì, da una descrizione d'insieme.

Si riferiscono soltanto, in particolare, le norme per la craniectomia e per il taglio dei listelli da trapianto.

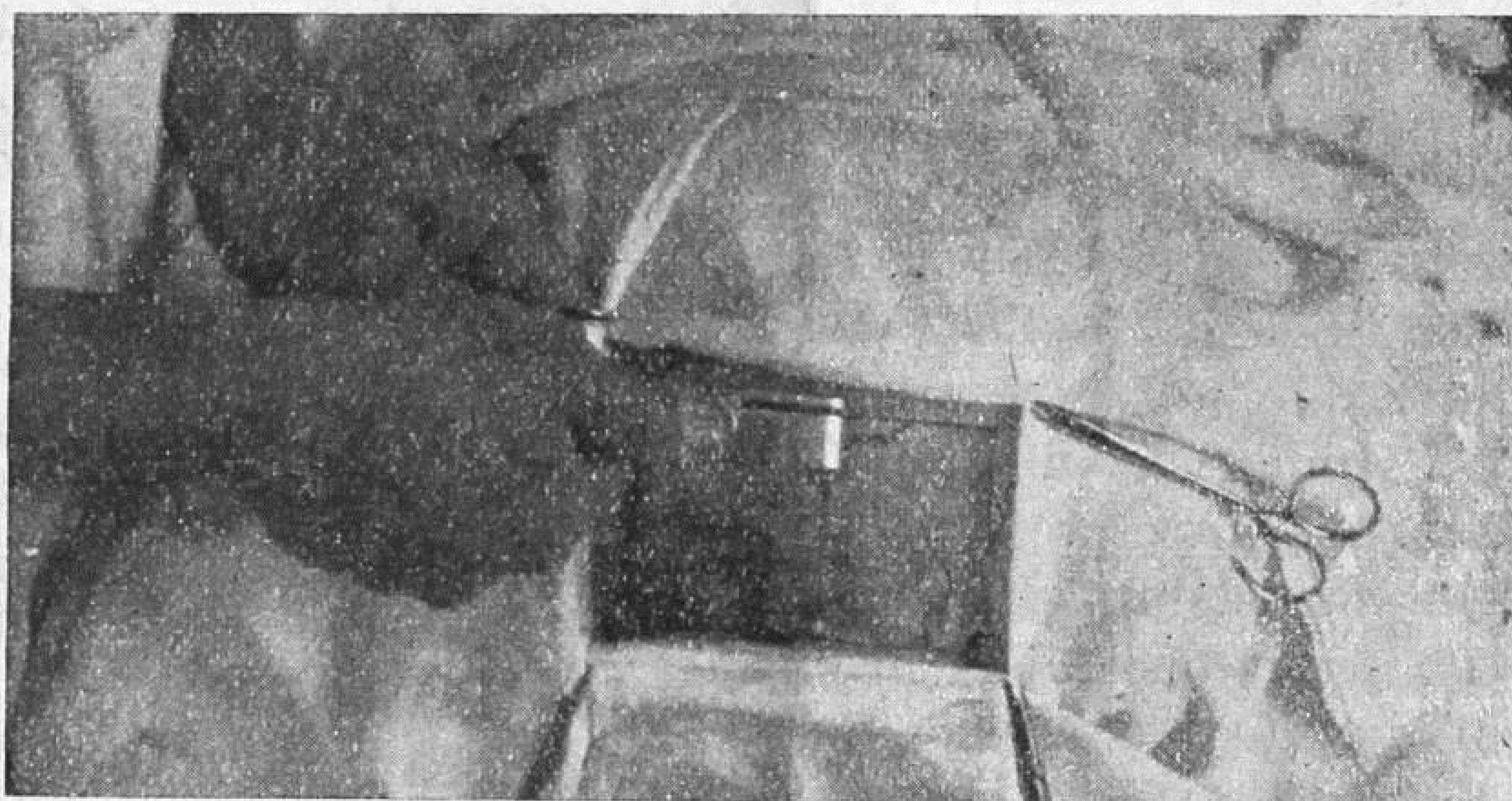
Per la craniectomia, la tecnica è la seguente:

S'incide il cuoio capelluto qualche centimetro in fuori della linea del taglio osseo (onde permettere il passaggio del bordo dell'istrumento) seguendo la forma in linee rette che si vuole scegliere per il tassello da tagliare (quadrata, rettangolare, romboidale, triangolare, ecc.). Si taglia il periostio sulla linea del taglio osseo e si libera questa da ogni lacinia di tessuto molle. Quindi si eseguono, con la sega a corona da 12 mm., due fori a due

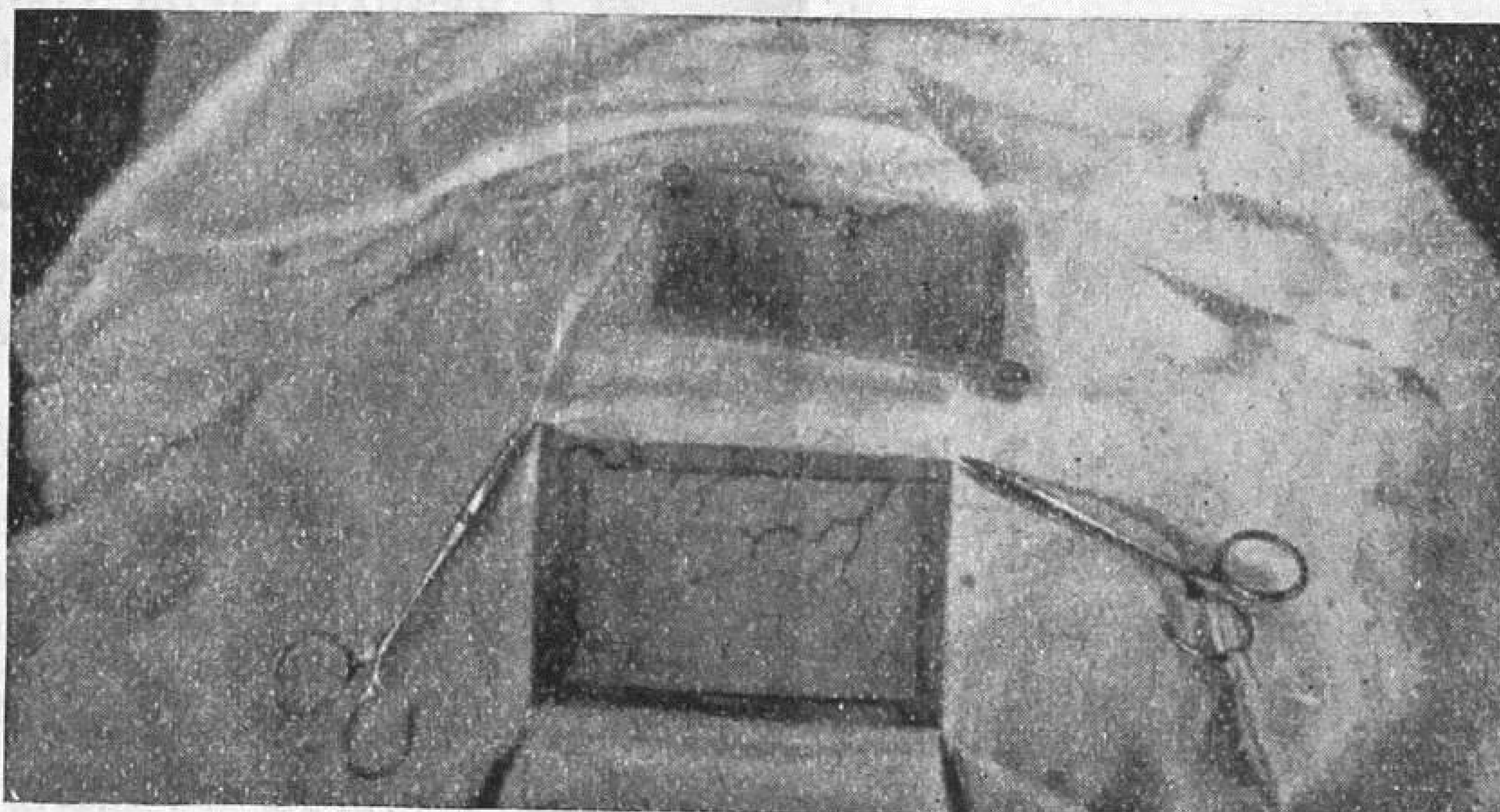
Fig. 4.



a



b



c

(1) Le varie parti dello strumentario sono riunite in apposita scatola metallica (fig. 2). La sterilizzazione può esser fatta a secco, ovvero passando all'autoclave, o a bagnomaria, l'istrumento, dopo averlo immerso in una grossa provetta con olio. In tal caso, l'involucro dell'asse flessibile viene passato alla fiamma o, meglio, avvolto con una benda di garza sterile.

degli angoli, per es., del quadrilatero (1). Fatti i due fori s'introduce in uno di essi la guida montata col nastro metallico di protezione, incuneando il becco di essa fra osso e dura (fig. 4, *a*) e abbassandone il padiglione in modo da portare la punta del becco contro l'osso. Si spinge allora, lentamente, il nastro al disotto della linea di taglio per la lunghezza voluta, e, protetta così la dura, si esegue con la sega circolare (la lama si sceglie in base allo spessore del tassello cilindrico già tagliato) il primo taglio lineare (fig. 4, *b*).

Fatto il primo taglio, si ritira la sonda, la si introduce di nuovo con la stessa manovra nello stesso foro ma in direzione ad angolo retto con la prima, e si esegue il secondo taglio, ad angolo retto col primo. Quindi si passa all'altro foro e si eseguono con la stessa manovra l'altro taglio o gli altri due tagli, secondo che si preferisca oppure no, la formazione del lembo osteoplastico. Nel secondo caso, isolato tutto in giro il tassello, lo si asporta, facendo leggermente leva in uno dei tagli con uno scalpello (fig. 4, c).

L'operazione richiede in media 10 minuti.

Per il taglio dei listelli da trapianto, la tecnica è, brevemente, questa:

Fissate all'istrumento, alla distanza voluta, due lame circolari di uguale diametro, la cui profondità massima di taglio superi di qualche millimetro lo spessore presunto dell'osso, s'incide il periostio sulle linee di taglio e si liberano le linee suddette da ogni lacinia di tessuto molle. Si fanno, quindi, a un tempo, i due tagli paralleli della lunghezza voluta, e, dopo aver tolta una delle seghe dall'istrumento, si eseguono due tagli perpendicolari ai primi, ai due capi, lunghi quanto basta per incrociarli. Isolato così il tassello, si fa leggermente leva con uno scalpello in uno dei tagli e agevolmente lo si asporta.

Uguale manovra si esegue, naturalmente, per il taglio di docce ossee a margini paralleli.

***

L'istrumentario descritto è già da alcuni mesi adoperato, con piena soddisfazione, dal Prof. Bastianelli nella sua Clinica privata.

Una dimostrazione pratica recentemente fattane in questa R. Clinica Chirurgica ha ugualmente incontrato il favore del Prof. Alessandri.

Roma, aprile 1923.

(1) Volendo, i fori possono essere fatti anche con fresa montata su di un comune trapano a mano o, anche meglio, con il trapano di Martel.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sclerosi a piastre.

(H. CURSTMANN. *Münchn. Med. Wochenscrift*, n. 11, 1923).

È importante riconoscere l'affezione (la più frequente affezione spinale cronica dopo la tabe) nei suoi primi stadî, quando il quadro sintomatico è molto incompleto. Sintomi prodromici precedono spesso di anni la malattia a decorso grave e progressivo, e spesso si ripetono, separati da intervalli di apparente completo benessere. Tali sintomi sono frequentemente rappresentati da disturbi visivi (da neurite ottica e retro bulbare), più raramente da paralisi transitoria di muscoli oculari, da mono- o paraparesi delle estremità, da parestesie, iperestesie o dolori, da disturbi passeggeri dell'equilibrio, cefalea o vomito. Sintomi che già in questo periodo di latenza possono condurre alla diagnosi, sono i disturbi visivi, i disturbi della coordinazione e le alterazioni dei riflessi.

1) I disturbi visivi soggettivi sono molto lievi, obbiettivamente si notano degli scotomi (specialmente uno scotoma centrale per alcuni colori), il colore pallido della metà temporale della papilla del nervo ottico e il nistagmo.

Negli stadî iniziali il nistagmo è lieve; al contrario da quanto si osserva nel nistagmo fisiologico, esso si manifesta nelle posizioni estreme degli occhi, soltanto, oppure in modo più spiccato quando i bulbi sono rotati verso una determinata parte. Questo nistagmo non si accompagna a manifestazioni vestibolari.

2) I disturbi della coordinazione si osservano a carico di una o delle due mani, o a carico degli arti inferiori. I sintomi sono talvolta difficili ad apprezzarsi (lieve incertezza nei movimenti di una o delle due mani, lieve incertezza nella deambulazione).

3) Le alterazioni dei riflessi precedono sempre i fenomeni di ipertonia. Esse consistono nella comparsa uni- o bilaterale del fenomeno di Babinsky, nell'esagerazione dei riflessi tendinei e nella scomparsa, attenuazione o disuguaglianza dei riflessi addominali e talvolta dei cremasterici.

Rari sono nello stadio iniziale i disturbi sensitivi, psichici, vescicali. Per la diagnosi si deve anzitutto escludere la lue. In alcuni casi (p. es., nelle forme paraplegiche) la sclerosi simula un tumore endo- od extraspinale, una pachimeningite, o un'affezione vertebrale. Si-

mili alla sclerosi possono essere la mielite funicolare (si osserva associata all'anemia perniciosa e specialmente nei vecchi), e le altre forme di mielite, la paralisi spinale spastica (caratteristici della sclerosi sono i sintomi oculari), la malattia di Wilson (in cui mancano le alterazioni piramidali dei riflessi), e la paralisi agitante (mimica caratteristica, tremore anche nel riposo, assenza di sintomi piramidali).

La dimostrazione del carattere infiammatorio delle lesioni anatomiche della sclerosi a piastre (numerosi focolai in tutte le parti del sistema nervoso centrale, nel midollo, specialmente nella sostanza bianca), ha chiarito la etiologia: la malattia è determinata probabilmente da una spirocheta. La terapia col salvarsan riesce molto efficace; l'A. consiglia di ripetere ogni 4-6 mesi una cura di neosalvarsan, consistente in iniezioni di 0.3-0.45 gr. ripetute ogni 5 giorni, fino alla dose totale di 5-6 grammi del farmaco. È importante il riposo psichico e fisico; alle donne ammalate si deve interdire il matrimonio, perchè la gravidanza può determinare un rapido e progressivo peggioramento del processo.

POLLITZER.

Sopra una sindrome accessuale di crampi unilaterali.

(A. BARKMANN. *Acta med. Scand.*, 1922, p. 697).

Si tratta di un paziente di 24 anni, operaio. Nulla di notevole nel gentilizio e negli antecedenti personali. Sposò nel maggio 1921 una donna sana che non rimase incinta nei primi sei mesi di matrimonio. Nel 1915 ebbe gonorrea, non complicata. Nessun'altra malattia degna di nota, nessun trauma. Dopo circa una settimana di angina, tosse, rachialgia, cefalea, dolori toracici, senza febbre, il 25 gennaio 1922 fu colto improvvisamente da una crisi di crampi, che poi si ripeterono frequentemente. L'accesso durava un mezzo minuto, e si accompagnava a contrazioni dell'arto inferiore sinistro che era diretto indietro e in fuori, del ginocchio in estensione e il piede in flessione plantare, mentre la mano sinistra era contratta e manteneva una posizione intermedia tra la mano a griffe e la mano ostetrica. I muscoli erano sede di vivi dolori. Gli accessi si ripeterono parecchie volte ogni ora, e parevano provocati dai movimenti attivi degli arti di sinistra. Nessuno spasmo nei muscoli del tronco e della faccia.

Dopo le crisi non rimanevano paresi, dolori, o parestesie; non rimaneva nessun disturbo nervoso o viscerale. La tosse e i dolori toracici sono andati scomparendo nei giorni seguenti. È importante notare che regnava nel paese una discreta epidemia influenzale. L'A. aggiunge che l'accesso era brusco e la contrattura raggiungeva istantaneamente la massima intensità. Non si osservavano contrazioni fibrillari. Nell'arto superiore si manifestavano movimenti atetoidi. Gli stimoli elettrici erano incapaci di provocare l'accesso.

Non si notano amiotrofie; la R. W. è negativa. Il liquor ha una pressione di circa 170 mm., la Nonne-Apelt è leggermente positiva.

Nulla a carico dei nervi cranici, salvo qualche movimento nistagmiforme degli occhi.

Forza conservata. Sensibilità normale. Riflessi tendinei vivaci; non clono. Babinski negativo a destra, incostante a sinistra, Oppenheim e Gordon positivi a sinistra, negativi a destra, Mendel e Rossolimo negativi.

Nell'andatura si nota una certa rigidità dell'arto inferiore sinistro. Non Romberg.

La frizione verticale sulla fronte a sinistra fa contrarre il m. frontale a destra, e viceversa; la frizione sullo zigomo sinistro fa sollevare clonicamente la commissura labiale sinistra; la frizione sul radio sinistro fa flettere il pollice, sul cubito sinistro fa flettere le due ultime dita; la frizione lungo i peronei a sinistra fa abdurre il piccolo dito e fa flettere dorsalmente l'alluce, a destra provoca la flessione plantare di tutte le dita.

Opponendosi ai movimenti di flessione dell'arto inferiore destro si provoca la flessione dorsale dell'alluce sinistro, ma non viceversa.

L'esame elettrico del muscolo frontale mostra una reazione miodistonica (una o più contrazioni, quando è cessato uno stimolo faradico). Pel rimanente è normale l'eccitabilità elettrica, sono negativi il segno di Chwosteck e quello Trousseau.

Verso la metà di febbraio erano scomparsi i crampi, e molto migliorati gli altri sintomi.

Per l'interpretazione del caso l'A. pensa che la più probabile ipotesi è quella di una encefalite epidemica o influenzale, pur non potendo escludere del tutto una sclerosi a placche. Si tratta evidentemente di una lesione organica delle vie piramidali, per la facile provocazione della flessione dorsale dell'alluce sinistro. La lesione non ha sede nelle corna anteriori, per la mancanza di contrazioni fibrillari, e per il tipo della contrattura. Non si tratta di tetano, per la unilateralità, e la differenza di tutto il quadro morboso. Per le stesse ragioni si esclude la tetania. La lesione non

è corticale, per il diverso tipo delle reazioni motrici. Non resta che pensare ai nuclei della base, con che si spiegherebbero anche i movimenti atetoidi, la reazione miodistonica (descritta da Söderbergh nel morbo di Wilson e nella pseudosclerosi), i riflessi di frizione (descritti nel m. di Wilson).

DORIA.

Nevralgia della metà inferiore del capo.

(G. SLUNDER. *Journ. A. M. A.*, 2 dicembre 1922).

L'A. nel 1908 descrisse una sindrome, che sembrava in rapporto col ganglio di Meckel. Però le lesioni non erano sempre nelle sue vicinanze: talora si trattava di sfenoidite. La cocainizzazione del ganglio giovava nel primo caso, era inefficace nel secondo, trovandosi le lesioni sopra branche nervose più centrali.

La sindrome al completo consiste in dolori intorno agli occhi, nella metà superiore della guancia, nella mascella, che si estendono ai zigomi e alle tempie. Duole l'orecchio e la mastoide, con un punto di massima dolenzia specie alla pressione circa 5 cm. dietro di essa. Tale punto doloroso può temporaneamente mancare. Il dolore può estendersi all'occipite, al collo, alla spalla, alla scapola, al braccio, fino alle dita. Vi si aggiunge talora rinorrea, fotofobia, lacrimazione, senso di freddo. Il gusto è ordinariamente diminuito sulla metà anteriore della lingua; può esservi parageusia; talora si ha vertigine. Possono esservi lievi disturbi sensitivi e motori nel palato molle, senza valore clinico. Talora si notano dei noduli, transitori o persistenti, alla nuca o sul cuoio capelluto.

Però le lesioni retronasali non producono sempre questa sindrome: possono dare una emicrania oftalmica, talora col quadro completo, con scotoma, emiopia, dolor di testa, nausea, o vomito, e perfino afasia ed emiparesi.

La sindrome raramente è completa: talora è presente solo uno dei sintomi. Importante è la talora cospicua glossodinia, anche perchè resiste ad ogni trattamento, salvo la cocainizzazione del ganglio di Meckel. Questa giova pure ad attenuare i dolori dell'otite media, secondo l'A., nonchè i dolori alla parte inferiore della guancia dopo un'estrazione dentaria, e le otalgie riflesse da tonsillectomia.

La nausea e il vomito quali sintomi isolati non sono rari; si presentano anche senza dolore, onde non possono mettersi in rapporto con l'intensità di questo.

La vertigine non è rara, e può rendere impossibile la stazione; altri sintomi isolati piuttosto comuni sono l'otalgia, lo scotoma, la fotofobia, la rinorrea.

Le lesioni retronasali non di rado si accompagnano all'asma. L'A. nega che il principale beneficio della cocainizzazione del ganglio di Meckel sia dovuta ad effetto psichico, oppure all'azione generale della cocaina, riferendosi ai risultati ottenuti nei casi più tipici e intensi.

Non va dimenticato nei casi opportuni il trattamento adeguato del seno sfenoidale.

DORIA.

Le miopatie distali tardive.

(NAVILLE, CHRISTIN, FROMMEL. *L'Encéphale*, n. 3, 1923).

Già nel 1912 uno degli AA. aveva isolato un tipo speciale di miopatia caratterizzato da un'inizio tardivo, da lesione iniziale nei muscoli periferici con predominio negli estensori (al contrario di ciò che avviene nelle atrofie mielopatiche o nevritiche in cui iniziano le lesioni nelle eminenze tenare ed ipotenare) dall'evoluzione lentissima, dall'assenza della familiarità, dal preferire le donne.

Gli AA. riprendono lo studio di tali miopatie distali in occasione di 5 nuovi casi osservati recentemente confermanti le conclusioni precedenti. Ai propri casi, dettagliatamente descritti, gli AA. aggiungono un riassunto dei casi finora descritti dagli altri autori (Oppenheim, Cassirer, Dejerine e Thomas, Pich, Cockayne, Rimbaut e Giraud, Merklen e Schaeffer, Gowers, Batten, Spiller, Verger).

Tutti i neurologi sono attualmente d'accordo per ammettere l'unità della distrofia muscolare progressiva i cui diversi tipi non sono che delle modalità.

Per quanto riguarda il tipo distale in discussione, vediamo che per la *localizzazione* nei casi di Batten, Cockayne, Rimbaud e Giraud, si ha a fare con miopatie del tipo peroniero Charcot-Marie per l'atrofia muscolare nevritica, ma la cui natura miopatica è dimostrata dall'assenza di disturbi sensitivi, di dolori di contrazioni fibrillari e di R. D. In una quindicina di casi vi è notevole paresi, atrofia od anche impotenza assoluta delle parti distali degli arti, contrastanti con una conservazione delle parti prossimiori, del cinto scapolare e pelvico, del dorso e della faccia. In generale, gli estensori del carpo e delle dita, i tibiali anteriori e gli estensori delle dita sono i più colpiti; le mani hanno un aspetto a «griffe» radiale e sono cadenti, le dita flesse

nel palmo, i piedi in equinismo. In seguito sono presi gli interossei, poi i piccoli muscoli della mano, i peronei e i flessori plantari.

In qualche caso si nota una partecipazione dei muscoli della cintura pelvica o scapolare o della nuca o del collo, della faccia: un malato aveva una paresi dei frontali e degli orbicolari, un altro una faccia miopatica, un altro una atrofia della lingua, dei muscoli del faringe, e del velo del palato; in un malato si notò una ipertrofia dei polpacci.

I riflessi tendinei sono sempre diminuiti o aboliti nelle regioni paretiche e spesso nelle regioni in apparenza sane.

Molti autori hanno segnalato la comparsa di contrazioni fibrillari in alcuni muscoli in uno stadio precoce della malattia forse per minima partecipazione del neurone motore periferico.

Nei casi studiati dagli AA. le reazioni elettriche si comportano come nelle miopatie: è eccezionale la R. D.

La sensibilità è stata sempre trovata intatta: alcuni malati accusano dolori, raramente intensi, all'inizio della malattia più spesso accusano formicolii, punture, sensazioni di corrente d'acqua. Mai disturbi mentali.

Riveduti alcuni casi dopo 5-10 anni fu constatato che senza alcun disturbo dello stato generale l'atrofia aveva progredito e si era spesso generalizzata. Due malati morirono verso i 50 anni per indebolimento generale.

Attualmente si considera la distrofia muscolare come una abiotrofia generale; spesso si constatano modificazioni dello scheletro, alterazioni delle glandole endocrine, disturbi mentali.

Gli Americani si sono molto occupati dei rapporti fra distrofia muscolare progressiva e funzioni endocrine: alcuni constatarono un allargamento della sella turcica, altri modificazioni dello scheletro del carpo o del tarso, una pilosità anormale, un arresto degli organi genitali, una pigmentazione od una secchezza della pelle riportati ad un dispituitarismo. Altri notarono la coincidenza con il mixedema o con il cretinismo.

Ma se i disturbi endocrini sono realmente l'origine della distrofia muscolare progressiva bisogna cercarli piuttosto nelle forme infantili e guardarsi dalla tendenza di attribuire ad una sindrome pluriglandolare ogni affezione amicrobica.

Studiando il *metabolismo* delle atrofie muscolari progressive, alcuni AA. constatarono una ipoglicemia, una diminuzione della creatinina e la comparsa o l'aumento della creatina nell'urina.

L'*eredità* non sembra avere alcuna importanza nella genesi delle miopatie distali tardive.

È interessante il fatto che i ventuno casi riassunti nel lavoro degli AA. riguardano otto donne e tredici maschi e i *casi puri* presentanti tutti i caratteri generali delle forme tardive, distali, sono quasi tutti appartenenti a donne. Ciò è importante perchè le altre atrofie di localizzazione analoga (Charcot-Marie; Aran-Duchenne) sono al contrario, estremamente rare nelle donne.

L'esperienza degli AA. porta a concludere che tali forme femminine periferiche tardive, sono assai frequenti e che sono spesso passate inosservate o che, per lo meno, la loro vera natura miopatica non è stata riconosciuta.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Diagnostisch-therapeutisch Vademecum für Studierenden und Ärtze. Un vol. in-16 di 563 pagine. Ventunesima edizione. A. Barth, ed. Lipsia, 1922. — Prezzo marchi 28.80.

In forma molto concisa è qui riassunto quanto può occorrere al medico pratico per una rapida consultazione a scopo diagnostico e terapeutico. Un breve accenno all'eziologia, una rapida scorsa nel campo della sintomatologia, qualche cenno sulla diagnosi e prognosi con una maggiore trattazione della parte terapeutica. Ogni gruppo di malattie è preceduto da osservazioni e da schemi che permettono anche a chi non è ancora esercitato nella professione un rapido orientamento. Qualche trascuratezza è sfuggita qua e là, come, p. e., quella di accennare nella diagnosi di influenza al solo reperto del bacillo di Pfeiffer, od in quella della difterite al *faetor ex ore* come ad un segno cardinale.

La medicina interna comprende circa 200 pagine; vengono poi trattati gli avvelenamenti e le principali ricerche uro- e coprologiche, le malattie cutanee e sessuali, quelle degli occhi, del naso, orecchio e gola, l'ostetricia, la ginecologia, la chirurgia d'urgenza, ecc.

fil.

Prof. A. SIGNORELLI. *Uno.* Libro di semeiotica normale e patologica. Un vol. in-16 di 58 p. Presso l'A., Roma. — Prezzo L. 6.

L'A. raccoglie qui le lezioni da lui tenute a San Giorgio di Nogaro, durante la guerra, nella baracca sconnessa dove docente e disce-

poli erano accomunati da una stessa volontà, da una stessa fede, erano *Uno;* ecco spiegato il titolo che può sembrare bizzarro e che esprime il ricordo di quei giorni di dolore e di speranze.

Le lezioni sono dirette specialmente ad istradare i giovani alla semeiotica, la base per chi ci si accinge alla missione del medico. In questa prima parte viene trattata l'anamnesi, dando lo schema da seguire, ed il commento diretto a fornire le dilucidazioni per la raccolta dell'anamnesi stessa. L'argomento è svolto con indirizzo pratico, animato da uno spirito profondamente umano, come lo provano queste parole che l'A. pone quasi a conclusione del suo dire: «gentilezza, cordialità, simpatia, tono dolce e bonario della voce, occhio che vede e non giudica, ecco gli strumenti migliori e più acuti per giungere sino all'anima dell'uomo che soffre, sino alla verità».

fil.

W. MARLE. *Lexicon der gesamten Therapie*, redatto con la collaborazione di numerosi specialisti. Fascicoli I e II; formato in-8. Urban e Schwarzenberg ed., Berlino-Vienna 1923. — Prezzo-base: del fascicolo marchi 6, dell'opera marchi 90.

Questo Lexicon è destinato al medico pratico ed anche allo specialista, che potranno trovare in esso rapidamente quanto occorre nella pratica giornaliera. Vi è largamente trattata la tecnica terapeutica, compresavi la chirurgia d'urgenza. La materia è disposta per ordine alfabetico; ogni soggetto viene dapprima succintamente trattato dal punto di vista della eziologia, sintomatologia e prognosi; segue poi la parte strettamente terapeutica con indicazioni dei metodi nuovi e con accenni a quelli antichi. Con queste puntate, si arriva alla lettera *D* (*Dauerkatheter*); vi si possono leggere interessanti capitoli sulla peritonite, sulle emorragie, sulla appendicite, tiflite, peritiflite, ecc. Alla fine dell'opera vi saranno appendici riguardanti i medicamenti in generale ed i luoghi di cura.

Il libro è alla sua seconda edizione, che si presenta ampliata ed aggiornata rispetto alla prima, la quale incontrò il favore della critica e del pubblico medico.

fil.

L. R. GROTE. *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen*. Vol. I, in-8 di 227 pag. rilegato. F. Meiner, ed. Lipsia, 1923. — Prezzo L. 30.

La collezione di «autoergografie» che si inizia con il presente volume, si ripromette di essere una «storia vivente della scienza». Ognuno degli scienziati, che viene considerato come uno spirito direttivo, dà uno schizzo autobiografico ed espone l'insieme delle proprie ricerche e dei lavori con cui ha contribuito al progresso della scienza. Dalla vita e dalle opere dei grandi se ne trae l'ammaestramento per il futuro e si arriva, dal contrasto delle personalità, all'unità della vita e del sapere. Ogni auto-bio-ergografia è accompagnata dal ritratto, ed, in alcune, dall'elenco dei lavori pubblicati.

In questo volume troviamo i nomi di A. E. Hoche, H. Kümmel, F. Marchand, F. Martius, W. Roux, R. Wiedersheim. L'opera ha anche per i tedeschi un significato patriottico, poichè tutti i nomi elencati anche per il secondo volume sono tedeschi, salvo l'olandese Tendeloo; così pure sono tedeschi tutti i nomi (salvo quello di B. Croce) elencati in un'altra collezione analoga destinata ai filosofi.

fil.

Trabalhos do Instituto de Patologia geral e de Anatomia patologica da Universidade de Lisboa. Vol. I.

Sono riuniti in questo volume numerosi lavori compiuti nell'Istituto di patologia generale e di anatomia patologica di Lisbona e pubblicati in diverse riviste scientifiche. Vengono in prima linea quelli del direttore, prof. E. E. Franco, fra cui notiamo specialmente quelli sulla Sarcosporidiosi bovina, con 10 tavole colorate, diversi sulle Leishmaniosi ed un utile lavoro di indole didattica sulle norme per la redazione del protocollo di un'autopsia. Seguono altre memorie del prof. H. Parreira (fra cui una sulle anomalie renali, un'altra su casi di rottura spontanea del cuore), di J. J. Martins sul trattamento della leucemia per mezzo del benzolo e di diversi altri. Pregevoli lavori che testimoniano la notevole attività dell'Istituto diretto dal valente scienziato.

fil.

Peking Union medical College-Addresses and Papers, Dedication ceremonies and medical conferences. Un vol. in-8 di 416 pag., con numerose fotografie, rilegato. Peking China, 1922.

La benefica Fondazione Rockefeller, fin dal 1908 aveva rivolto la sua attenzione alla China allo scopo di studiarvi l'organizzazione, degli studi medici e stabilì in seguito di coo-

perare con altri Enti per svilupparvi un sistema di istruzione scientifica medica, non disgiunto da un'attiva propaganda presso il popolo, per inspirargli la confidenza nella medicina e per vedere di adattare i moderni postulati scientifici alla sua mentalità.

Questo volume fa la storia dell'organizzazione, riproduce i discorsi delle cerimonie inaugurali e le conferenze scientifiche di indole generale e speciale, che si leggono con vivo interesse anche perchè ci mettono dinanzi importanti problemi e condizioni sociali a noi poco note.

Belle riproduzioni fotografiche illustrano i principali edifici e laboratori. L'accuratezza ed il lusso con cui è stato edito il volume sono un indice della generosa prodigalità con cui la Fondazione ha provveduto all'importante problema dell'istruzione medica in China.

fil.

Dictionnaire de Spécialités Pharmaceutiques. Editione 1923. Louis Vidal & Dareau editori, Parigi (rue de Tracy, 5).

Questo dizionario, pubblicato dall'Office de Vulgaritation Pharmaceutique di L. Vidal & Dareau, dà un elenco delle specialità farmaceutiche con tutte le informazioni essenziali (composizione, formola, posologia, ecc.), un quadro delle indicazioni terapeutiche, per agevolare la ricerca delle specialità più adatte ai singoli casi, la nomenclatura di tutte le specialità farmaceutiche mediche, con il nome e l'indirizzo dei fabbricanti.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VI Congresso della Società Internazionale di chirurgia.

Londra - 17-20 luglio 1923.

Questo VI Congresso della « Société Internationale de Chirurgie », apertosi con una allocuzione di S. A. R. il Principe di Galles, ha svolto i suoi lavori nella sede della *Royal Society of Medecine.*

I membri della Società hanno avuto larga occasione di osservare il lavoro dei chirurgi londinesi nei varî ospedali della Metropoli.

***

Riassumeremo brevemente le relazioni e qualche comunicazione.

1ª SEDUTA — 17 luglio.

Tema di relazione:

Chirurgia delle ghiandole endocrine.

V. VEAU (Parigi): *Chirurgia del timo nella prima infanzia.* — La chirurgia del timo ci ha reso i più grandi servigi. La timectomia è un'operazione facile, senza pericolo e sempre efficace.

I raggi X hanno di solito una notevole azione sulla ghiandola, e, attualmente, la radioterapia deve essere preferita all'intervento operatorio.

Talora però essi sono inefficaci, o, al contrario, dannosi; sono stati descritti casi di morte dopo la loro applicazione. Se questi accidenti dovessero moltiplicarsi, la chirurgia riprenderebbe i suoi diritti.

La timectomia sarà sempre indicata in quei rari casi in cui il chirurgo è chiamato d'urgenza presso un fanciullo, che non può più respirare, e nel quale l'incisione cervicale avrà dimostrato un timo ipertrofico.

J. LORTHIOIR (Bruxelles): *Chirurgia del timo.* — La timectomia può essere totale o subtotale.

Per essere facile e non pericolosa, deve farsi sottocapsulare.

L'operazione è delle più benigne, anche in bambini assai piccoli e in cattive condizioni generali.

La mortalità operatoria o postoperatoria è nulla.

Le indicazioni sono molto numerose: oltre la dispnea timica e lo stridor, v'ha l'intolleranza alla narcosi; le laringiti spasmodiche (falso croup); il cattivo stato generale dovuto a insufficienza respiratoria (come nell'adenoidismo cronico); l'arresto di sviluppo intellettuale; l'inattitudine permanente al lavoro, ecc.

W. MAYO (Rochester): *Le sindromi spleniche.* — La funzione della milza si riverbera sulla composizione del sangue, ed è associata alla funzione epatica. La milza è principalmente un filtro, che rimuove dal sangue i corpuscoli rossi in qualche modo degenerati e gli agenti tossici, germi e scorie, su cui agisce, prima che essi subiscano ulteriori modificazioni nel fegato; è anche fattrice di linfociti.

Mentre la funzione della milza normale non è importante, la milza malata rappresenta una continua minaccia per i costituenti del sangue e per il fegato.

Apparentemente la milza, nel ciclo delle affezioni dalle quali è colpita, agisce come fattore secondario.

La sua rimozione serve quasi a spezzare un circolo vizioso. I tumori cronici di milza, che non sono modificati dalle cure mediche, dovrebbero essere asportati, a meno che non vi sieno contro-indicazioni alla splenectomia.

Nella «Mayo Clinic» sono state eseguite 295 splenectomie, così suddivise: per sifilide cronica e tubercolosi 12; per infezioni da piogeni 14; per anemia splenica 82; per ittero emolitico 42; per anemia perniciosa 57; per policitemia rubra 1; per porpora emorragica (trombosi essenziale) 1; per leucemia splenomielogena 29.

CH. WILLEMS (Liegi) e N. GOORMAGHTIGH (Gand): *Su alcuni speciali punti della chirurgia delle capsule surrenali.* — La classificazione dei tumori della surrenale deve ispirarsi alla distinzione (morfologica, funzionale, embriologica) della ghiandola in corticale e midollare. I tumori della corticale: «cortico-surrenalomi» sono i più frequenti; i tumori della midollare, più rari, si dividono in tumori d'origine simpatica e in quelli d'origine paraganglionare.

Gli OO. descrivono la sintomatologia di questi tumori.

I clinici ammettono l'insufficienza surrenale, risultante del deficit totale delle funzioni surrenali, non della sola adrenalina. Alla distruzione completa delle capsule corrisponde la forma acuta della sindrome di Sergent-Bernard; mentre quella attenuata corrisponde probabilmente a lesioni parziali.

Questa sindrome è indice di alterazioni della capsula, ma non ci dice quali possano essere.

L'estirpazione d'una surrenale normale, per diminuire la massa totale delle due ghiandole, è stata praticata sopratutto come cura delle convulsioni epilettiche, seguendo il concetto per cui le convulsioni dipenderebbero da lesioni di ghiandole endocrine. In qualche caso si sono avuti miglioramenti. La questione però è lungi dall'essere risoluta.

La surrenalectomia è stata fatta anche per curare l'ipertensione.

La via retroperitoneale, praticata dagli AA. per la surrenalectomia, sembra migliore di quella transperitoneale.

P. SARGENT (Londra): *Chirurgia dell'ipofisi.* — Notevoli progressi sono stati ottenuti nella chirurgia dell'ipofisi, dopo le prime operazioni eseguite da V. Horsley più di 20 anni fa. Ma resta ancora molto cammino da percorrere.

Il chirurgo deve domandarsi: 1º che cosa si può sperare dall'operazione?; 2º qual'è il migliore processo operatorio?

L'operazione può avere per scopo: *a*) di modificare la funzione secretoria; *b*) migliorare i sintomi di compressione localizzata; *c*) migliorare la pressione generale intracranica.

L'ablazione totale di un tumore ipofisario non è praticabile, ma una rimozione parziale può essere utile; in certi casi è solo possibile fare una operazione decompressiva.

Le cause d'insuccesso sono:

1º Errori di diagnosi, e quindi operazioni a scopo falso.

2º Estensione intracranica del tumore.

3º Accidenti operatori.

4º Tossiemia pituitaria postoperatoria (analoga alla tossiemia tiroidea dopo operazioni per M. di Basedow).

5º Polmonite postoperatoria.

6º Infezioni (nei casi di operazioni transfenoidali).

In molti casi il processo operatorio migliore è quello frontale (osteoplastico); l'operazione transfenoidale può avere qualche vantaggio in certi casi, ma non dà che miglioramenti temporanei.

Il progresso nella chirurgia ipofisaria dipenderà da maggiore precisione diagnostica, da scelta più accurata dei casi, dalla precocità dell'intervento.

Sullo stesso tema: «Chirurgia delle ghiandole endocrine», fanno comunicazioni:

A. HENRY (Dublino): *Chirurgia della ghiandola pituitaria.* — L'O. dimostra un istrumento tubulare che, traverso le fosse nasali, permette, sotto il controllo della radiografia, di perforare i seni sfenoidali e il pavimento della sella turcica, e quindi di asportare parte del tumore ipofisario.

VORONOFF (Parigi). — Descrive il suo metodo di trapianto testicolare e i risultati ottenuti.

BACK (Londra). — Conferma i risultati ottenuti da Voronoff.

A. KOCHERV (Berna): *Trapianti di tiroide.* — Ne ha eseguiti 240 nell'uomo. Ha avuto solo il 14 % d'insuccessi; 39 % di miglioramenti; 21 % di miglioramenti molto notevoli; 26 % di guarigioni.

Il più adatto si è dimostrato l'omotrapianto (sotto la fascia lata, sottoperitoneale, nel canale midollare della tibia).

FROELL (Stocolma). — Riferisce su ricerche istologiche e chimiche fatte sui gozzi così detti tossici. L'O. ha anche studiato il comportamento della pressione arteriosa e del metabolismo in individui affetti da varie forme di gozzo.

BANTING (Toronto) e LECLERCQ (New York). — Riferiscono sulla cura del diabete con l'insulina. Essa permette interventi chirurgici, con buoni risultati, nei diabetici.

2ª SEDUTA — 18 Luglio.

Tema di relazione: **L'artroplastica.**

HEY GROVES (Bristol). — L'artroplastica ha lo scopo di ridare la mobilità ad una articolazione anchilosata.

Le pseudartrosi e le neoartrosi, consecutive a fratture semplici, dimostrano che può aversi una nuova articolazione senza alcuna operazione plastica.

I risultati delle operazioni di artroplastica sono contradittori. La semplice mobilizzazione cruenta del gomito dà spesso risultati funzionali assai buoni. D'altra parte non raramente l'artroplastica dell'anca e del ginocchio è seguita da insuccesso.

La condizione più favorevole per l'artroplastica è rappresentata dall'anchilosi ossea consecutiva a traumi o a infezioni piemiche da tempo guarite.

Buoni risultati si sono avuti in qualche caso di anchilosi da artrite tubercolare.

L'essenza dell'artroplastica è la creazione di uno spazio fra i capi articolari, e il mantenimento di questo durante il periodo di guarigione: ciò si ottiene con la trazione continua e con movimenti volontarî precoci. Utili, ma non necessari, sono il modellamento dei capi articolari e la loro copertura con materiali varî.

Per il gomito la migliore operazione è quella, che rispetta i condili omerali nella loro larghezza, e li copre con lembo libero di fascia.

Per l'anca, in casi di anchilosi semplice, è consigliabile l'osteotomia del collo del femore e l'interposizione di un lembo aponevrotico; nell'anchilosi ipertrofica massiva l'osteotomia sottotrocanterica, con interposizione di fascia, in modo da avere un'articolazione a sella; nell'osteo-artrite la resezione della testa del femore.

Per il ginocchio, se l'arto è fissato in buona posizione, l'intervento non è consigliabile; a meno che l'anchilosi non sia bilaterale. Se, dopo l'artroplastica, la mobilità laterale persiste, è necessario rinforzare, secondariamente, i legamenti laterali.

La relazione è illustrata da proiezioni.

PUTTI (Bologna). — Ha eseguito 142 artroplastiche, la prima delle quali data dal 10 giugno 1913. L'artroplastica è intervento lungo e traumatizzante. Non debbono esservi sottoposti malati, che non sieno in buone condizioni di resistenza organica.

Le anchilosi più adatte all'artroplastica sono quelle traumatiche. Fra le anchilosi da artrite infettiva, meglio si prestano quelle da processi infiammatori acuti. Meglio le anchilosi ossee che le fibrose. Le anchilosi da artrite tubercolare saranno operate solo eccezionalmente. Buoni risultati possono aversi nelle anchilosi di guerra, nell'artrite deformante dell'anca, nelle artriti poliarticolari anchilosanti. Non intervenire mai prima che sia trascorso un anno da quando sono scomparsi i fenomeni più grossolani del processo anchilosante.

L'O. parla in seguito delle indicazioni specifiche.

La tecnica operatoria, la cura postoperatoria e i risultati vengono con grande evidenza dimostrati con una film cinematografica.

Ad ulteriore conferma dei risultati ottenuti con l'artroplastica del ginocchio, secondo il suo metodo, PUTTI mostra tre pazienti, da lui operati.

R. MAC AUSLAND (Boston). — L'O. distingue anzitutto l'escissione dall'artroplastica. Descrive varî tipi di anchilosi: infettive, non tubercolari e traumatiche, ed enumera le indicazioni e le controindicazioni per l'artroplastica. Spiega quale è la migliore posizione funzionale per le articolazioni rigide.

L'O. traccia lo sviluppo dell'artroplastica dai tempi di VERNEUIL (1860) ad oggi. Ricorda principalmente BAER, per l'uso da lui fatto della vescica cromizzata di maiale, e MURPHY, per l'uso di lembi peduncolati di fascia. I trapianti liberi di fascia hanno dato all'O., a PUTTI e PAYR ottimi risultati.

L'O. descrive le indicazioni e controindicazioni all'intervento per ciascuna articolazione, e dimostra la tecnica operatoria con proiezioni, specialmente per ciò che riguarda l'artroplastica del gomito.

SANTY (Lione): (in assenza del R. le conclusioni vengono dette da LERICHE). — La mobilizzazione operatoria delle articolazioni anchilosate è stata poco praticata in Francia; ciò perchè si è continuato a fare, in molti casi, la resezione mobilizzatrice di OLLIER. Questa dà buoni risultati per le articolazioni della spalla, gomito, polso.

L'artroplastica è certamente un perfezionamento, che permette di ottenere più facilmente buoni risultati.

La resezione mobilizzatrice può essere utile anche per l'anca in casi di anchilosi ossee voluminose, che rendono difficile il modellamento; negli altri casi l'artroplastica è da preferirsi.

Questa è sopratutto indicata per la mobilizzazione delle anchilosi del ginocchio.

Su questo stesso argomento parlano:

Sir W. MC EWEN (Glascow). — Il rivestimento delle superfici articolari con lembi aponevrotici è utile, in quanto l'aponevrosi agisce in questo caso, al pari del periostio, come una membrana limitante.

ELMSLIE (Londra). — Descrive un suo metodo di artroplastica del gomito.

Sir W. WHEELER (Dublino). — Ha ottenuto buoni risultati con l'artroplastica del ginocchio.

FIRASEK (Praga). — Come materiale d'interposizione, nell'artroplastica del ginocchio, usa lembi di grasso.

VILARDELL (Barcellona). — Parla dei varî metodi di artroplastica. Dimostra, con proiezioni, alcuni casi di artroplastica della mandibola e del gomito.

STONEY (Dublino). — Parla sul valore relativo della escissione articolare e dell'artroplastica.

CORACHAN (Barcellona). — Indicazione per l'artroplastica.

TUFFIER (Parigi). — Dopo l'artroplastica si può fare a meno della trazione, usando invece un apparecchio fatto di aste metalliche, che, fissato con viti ai capi articolari, mantiene la distanza voluta, e permette i movimenti.

ZABRANICKY (Nemecki Brod). — Riferisce sui risultati ottenuti da artroplastiche con e senza interposizione di fascia. Tre anchilosi del gomito erano consecutive a tubercolosi (risultati buoni).

RIBAS Y RYBAS (Barcellona). — È favorevole alla resezione sottoperiostea. Interpone lembi di fascia lata solo se l'anchilosi si è riprodotta dopo un primo intervento.

PUZ Y SURED (Barcellona). — Ha fatto 14 artroplastiche. Ha avuto buoni risultati, sia interpo-

nendo lembi di fascia, sia con la semplice resezione.

JURAC (Poznan). — L'estensione continua, dopo operazioni di artroplastica, va applicato dopo 2-3 giorni. Usa per il ginocchio l'incisione di Payr. Escide il lembo di fascia dall'arto opposto.

HEY GROVES. — Tiene a far rilevare gli splendidi risultati ottenuti da PUTTI.

3ª SEDUTA — 19 Luglio.

Tema di relazione:

Traumatismi dei nervi periferici.

HENRIKSEN (Skien). — Dopo una sezione nervosa fatta con un istrumento tagliente i nervi mostrano una forte disposizione alla guarigione spontanea. La sensibilità appare appena si ha contatto fra i monconi nervosi, la motilità dopo circa due mesi. Gli stessi risultati si hanno dopo una sutura nervosa eseguita correttamente.

La guarigione può mancare se le sezioni nervose sono separate per interposizione di altro tessuto, o per il sopraggiungere di processi infettivi.

Dopo una sutura secondaria, la sensibilità si ristabilisce subito. La mobilità e le reazioni elettriche normali possono ritornare dopo due mesi, come dopo una sutura primitiva.

Se il nervo è stato schiacciato o strappato, i nuclei centrali subiscono a loro volta degenerazioni più o meno avanzate, e la rigenerazione è spesso incompleta o manca.

I migliori risultati sono stati ottenuti con la resezione delle parti ispessite, fibrose, infiltrate; e successiva sutura dei monconi nervosi.

A. GOSSET (Parigi). — L'O. si pone diverse quistioni: 1° *Quali ferite dei nervi sono da operare?* Bisogna intervenire: *a*) nei casi di compressione progressiva, tendente alle sindromi d'irritazione grave o d'interruzione. A questi casi conviene la neurolisi; *b*) nei casi d'interruzione completa, constatata con esami ripetuti da neurologi competenti, che non dimostrano sintomi di rigenerazione, o segni solo di rigenerazione, inutile (parestesie localizzate, non progressive).

2° *Quando bisogna operare?* Qualunque nervo sezionato deve essere immediatamente suturato: ciò evita il divaricamento permanente dei monconi e la formazione di tessuto fibroso; favorisce una rapida rigenerazione. Se il nervo è contuso, l'attesa sembra preferibile. Se il ferito viene dal chirurgo tardivamente, l'operazione deve essere eseguita, quando l'asepsi è assicurata.

3° *Che cosa bisogna fare?* La semplice liberazione del nervo, e la sua ricollocazione fra muscoli normali, è utile nei casi di sindromi irritative o da compressione. L'enucleazione dei piccoli fibromi intrafascicolari è da farsi solo se essa non riesce nociva ai fascetti nervosi sani.

Per le interruzioni complete conviene asportare i calli fibrosi e far la sutura perineurotica senza trazione. Se la sutura è impossibile bisogna fare un auto o un omotrapianto. Per avere risultati utili è necessario che le funzioni articolari e muscolari sieno convenientemente assicurate.

Quali sono i risultati? Sia nella chirurgia di guerra che nella pratica civile, la sutura immediata dei monconi nervosi deve dare risultati ottimi. Dopo interventi secondari (da 1 mese a 2 anni) risultati funzionalmente buoni si hanno nel 40-60 % dei casi.

CH. FRAZIER (Filadelfia). — Dopo aver fatto una classificazione generale di 3000 ferite da arma da fuoco dei nervi periferici, curate nei «Reconstruction Hospitals S. U. A.», l'O. passa a trattare della distribuzione delle lesioni nei varî nervi; delle lesioni complete e incomplete, delle guarigioni spontanee.

L'O. ha eseguito, oltre a numerosissime suture nervose e neurolisi, dei trapianti di nervi. Il risultato di questi ultimi (di solito autotrapianti) non è stato buono.

VERGA (Pavia). (L'immatura fine del valoroso chirurgo è ricordata da CHIASSERINI, che legge le conclusioni della relazione). — La statistica più numerosa di interventi sui nervi periferici, pubblicata in Italia, è quella di VERGA, che si riferisce a 212 interventi pubblicati negli anni 1916-917-918. Soltanto in una esigua minoranza di casi, e per il concorso di circostanze particolarmente favorevoli, si possono ottenere in seguito alle operazioni sui nervi guarigioni complete e idealmente perfette; nella grande maggioranza dei casi riferiti come guariti persiste qualche deficit funzionale.

Molte sono le cause di errore nell'apprezzamento del grado esatto di ripristino funzionale. Per arrivare a conclusioni attendibili occorre perciò tener conto solo dei casi controllati da un provetto neurologo e seguiti a distanza di tempo dall'operazione.

Le percentuali di miglioramento e di guarigioni ottenute sopra 82 casi seguiti fin oltre un anno dall'operazione furono: 52.4 % di guarigione; 37.8 per cento di miglioramenti; 9.7 % di esiti negativi. Sopra 9 casi riesaminati fino a 6 anni e mezzo dall'operazione fu constatata una sola volta regressione ed una volta arresto dei sintomi di ripristino.

I risultati della sutura e delle neurolisi si sono dimostrati incomparabilmente superiori a quelli di tutte le altre operazioni intese a superare estese perdite di sostanza dei nervi. Talune di esse però, e specialmente gli innesti, possono dare qualche risultato.

H. PLATT (Manchester) e R. BRISTOW (Londra). — I risultati della sutura dei nervi, dopo ferite da arma da fuoco, sono di solito imperfetti. In una numerosa serie di casi si sono avuti insuccessi nella proporzione del 20 %.

I migliori risultati si sono avuti per il radiale, mentre per l'ulnare e il mediano e lo sciatico i risultati sono molto poco soddisfacenti. Le cause principali d'insuccesso sono: *a*) periodo troppo lungo di tempo fra lesione del nervo e operazione; *b*) rigenerazione topograficamente errata; *c*) fibrosi interstiziale sopra la linea di sutura.

Le operazioni di riunione indiretta dei monconi nervosi, si sono dimostrate (se si eccettuano i trapianti liberi) completamente inefficaci, e non dovrebbero più eseguirsi. I risultati dell'innesto nervoso fatto dai chirurgi inglesi sono stati scarsi.

Nelle lesioni nervose con sindrome causalgica, la resezione e consecutiva sutura, o l'iniezione intraneurale di alcool 70 % porta di solito a guarigione.

Sullo stesso argomento vengono fatte le seguenti comunicazioni.

Leriche (Lione). — L'O. parla anzitutto della causalgia, che egli definisce una sindrome di lesione del simpatico, non solo di quello perivasale. Essa evolve in due tappe: *a)* periferica; *b)* radiculo-midollare, cui corrispondono tipi diversi d'interventi.

S'intrattiene poi sugli esiti lontani degli eterotrapianti nervosi alla Nageotte. Ne ha eseguiti 20, di cui 3 precoci e 17 tardivi. Dai 3 trapianti precoci ha avuto 1 successo; dai 17 tardivi 1 successo. Crede perciò che i trapianti di nervi conservati non debbano essere fatti.

Per ciò che riguarda i disturbi trofici degli arti, la simpaticectomia perivasale gli ha dato in 13 casi buoni risultati.

Young (Glascow). — Riferisce su trapianti nervosi (autotrapianti prelevati dalla branca anteriore del radiale) da cui ha avuto risultati molto soddisfacenti.

L'avvolgimento delle suture, sopratutto con lembi di grasso, può essere molto utile.

Chiasserini (Roma). — Nei casi in cui la riunione diretta dei monconi nervosi è impossibile, il migliore procedimento sembra essere il trapianto libero di segmenti di nervo. Mentre l'autotrapianto è idealmente preferibile, non è sempre a disposizione del chirurgo in quantità sufficiente. L'omo-trapianto di nervo conservato ha dato all'O. buoni risultati anatomici e funzionali in una unga serie di ricerche sperimentali. Lo ha anche applicato in un caso di perdite di sostanza del nervo mediano, ottenendo un miglioramento. L'O. crede che i risultati dei trapianti dipendono in buona parte dalla tecnica usata. Illustra la sua comunicazione con proiezioni.

4ª Seduta — 20 Luglio.

Tema di relazione:

Siero e vaccinoterapia in chirurgia.

Hitchens (Washington). — Il trattamento preventivo delle infezioni chirurgiche, ad eccezione del tetano, con sieri e vaccini è poco in uso.

Causa i fenomeni d'intolleranza la terapia sierica è, si può dire, ristretta alle malattie a decorso acuto. Dei sieri quello antistreptococcico, come è attualmente preparato, non risponde ai bisogni della pratica e non ha probabilmente un valore specifico. Il siero antigonococcico non dà risultati costanti. Buoni effetti ha l'uso precoce del siero anticarbonchioso.

Un principio fondamentale della vaccinoterapia risulta dal fatto che l'iniezione d'una sospensione batterica è seguita dalla produzione di sostanze umorali più o meno antagoniste verso il germe circolante. Non è certo tuttavia che la produzione di anticorpi «ipso facto» debba portare ad un miglioramento della malattia. Teoricamente ciò dovrebbe accadere solo se i prodotti reattivi arrivassero a contatto del germe nel focolaio infettivo.

Sembra che altri procedimenti, non specifici, rafforzando il meccanismo battericida normale dell'individuo, posseggano tanta efficacia quanta ne ha la cura specifica.

Il solo gruppo d'infezioni chirurgiche accessibile alla vaccinoterapia sembra esser quello delle infezioni stafilococciche.

Il miglioramento notevole, che segue talora allo shock proteinico, ha indotto i medici a ricorrervi su scala più larga; non avendo però i mezzi per controllare il grado di tale shock, non è stato possibile far molto cammino.

L'ostacolo principale, che si oppone alla valutazione dei sieri e vaccini specifici in chirurgia, è dato dal fatto che solo in poche osservazioni l'infezione è descritta non solo dal punto di vista chirurgico e clinico, ma anche istologico, batteriologico e immunologico.

Bazy (Parigi). — Se è utile di conoscere gli effetti paraspecifici dei sieri e dei vaccini (choc colloidoclasico di Widal, effetto di peptone di Nolf), bisogna rendersi anche conto che, allo stato attuale delle nostre cognizioni, non si può trarre tutto il vantaggio possibile dal siero e vaccinoterapia, se facciamo astrazione dal concetto della specificità.

La maggior parte dei sieri d'uso chirurgico presentano un'azione assai meno netta, che quelli più specialmente antitossici (antitetanico, antigangrenoso), di cui è nota sopratutto l'efficacia preventiva.

Grandi servigi possono rendere le applicazioni locali della sieroterapia.

Le iniezioni di siero dovrebbero essere riservate ai casi urgenti, poichè, ripetendole più volte, la loro efficacia diminuisce di molto.

In chirurgia non si fanno vaccinazioni (nel senso di Bordet), ma vaccinoterapia, bacterioterapia (con prodotti microbici non in rapporto causale con quella data malattia), immunizzazione mista o siero-vaccinazione.

In linea generale i sieri sono indicati ogni volta che conviene produrre un effetto rapido e non necessariamente durevole. «Il siero è una medicina d'urgenza». I vaccini producono effetti più lenti. Sieri e vaccini sono di grande aiuto al chirurgo prima e dopo l'operazione.

Sir Almroth Wright (Londra). — L'importante relazione di W. non può essere brevemente riassunta. Essa formerà oggetto di un'ampia recensione.

Tema di relazione: **Lo shock operatorio.**

G. W. CRILE (Cleveland): *Una spiegazione elettro-chimica dello shock e dell' esaurimento.* — L'uomo e gli animali sono meccanismi elettrochimici costruiti sulla falsariga delle cellule, che li costituiscono.

Secondo questa ipotesi: *a*) l'ossidazione si effettua nelle cellule, e solo finchè vi ha una differenza di potenziale tra nucleo e protoplasma; a sua volta tale differenza persiste solo se v'ha ossidazione; *b*) il nucleo delle cellule è positivo, il citoplasma è negativo; il cervello, in rapporto al fegato, è positivo, e il fegato negativo; *c*) poichè l'elettricità scorre da un potenziale più alto ad uno più basso, si può supporre che l'onda elettrica ossidativa passi dal cervello, che ha un potenziale più alto, lungo i nervi ai muscoli, alle ghiandole e al fegato, che ha il minore potere ossidativo e il più basso potenziale; e quindi ritorni al cervello.

Quando uno dei due poli — cervello o fegato — sono rimossi o distrutti, l'organismo perisce.

Se l'organismo è privato di ossigeno, la differenza di potenziale fra le cellule e gli organi scompare, e l'equilibrio (morte) si stabilisce.

Poichè la velocità delle reazioni chimiche e la conducibilità elettrica subiscono l'azione del caldo e del freddo, ne segue che in un meccanismo elettrochimico ci deve essere un optimum di temperatura e una temperatura calda o fredda letale.

L'altissima percentuale di mortalità durante i mesi freddi nella chirurgia addominale di guerra, fatta in luoghi non riscaldati, è un'illustrazione pratica di questi concetti.

La teoria elettrochimica spiegherebbe l'azione antitetica dell'adrenalina sulla temperatura del cervello e del fegato e di altri organi splancnici; l'aumento della conduttività elettrica del cervello con lo iodio, lo iodoformio e gli estratti tiroidei; e la diminuita conduttività dopo tiroidectomia; nonchè numerosi altri processi fisiopatologici. Spiegherebbe anche il fatto che, se in un'operazione chirurgica uno stato di negatività e la respirazione interna — differenza di potenziale — sono mantenuti, non si ha shock chirurgico.

J. FRASER (Edinburgo): *Lo shock chirurgico.* — L'O. divide le ricerche e le principali teorie sullo shock in due periodi, uno anteriore, l'altro posteriore al 1915.

Nel 1° periodo antebellico dominano, fra le altre, le concezioni di Crile (teoria dell'esaurimento dei centri vasomotori) e di Jandell Henderson (teoria dell'acapnia). Nel 2° periodo gli studi sulla essenza dello shock, di osservazione così comune durante la guerra, si moltiplicano. L'O. definisce lo shock come « uno stato di depressione di tutte le funzioni vitali del corpo, indotto da lesioni portate sui tessuti, e caratterizzato da una caduta progressiva della pressione sanguigna ». Dopo avere rapidamente descritto il quadro clinico dello shock, l'O. passa a studiarne la patologia. Egli, con Cannon, distingue quattro gruppi di alterazioni principali: circolatorie, respiratorie, motorie e sensitive.

Un fenomeno fondamentale dello shock è la caduta della pressione arteriosa che non può essere riportata a lesioni cardiache, nè a paralisi dei centri vasomotori o dei vasi splancnici, ma ad una riduzione della quantità di sangue nel circolo attivo per ristagno nel sistema capillare.

Le modificazioni respiratorie sono secondarie, e dipendenti dalla diminuita pressione arteriosa. E da questa dipende anche il rilasciamento muscolare e la diminuita sensibilità agli stimoli.

L'O. analizza in seguito le cause della persistente caduta della pressione (nervose, tossiche, freddo, secrezioni interne, anestesia, emorragia, sepsi), e le sue conseguenze (deficente ossigenazione dei tessuti, stasi capillare, sviluppo di acidosi) Termina la sua relazione con considerazioni sulla cura dello shock e sulla influenza dell'anestesia generale e delle operazioni chirurgiche sullo shock.

QUÉNU-DUVAL e MOCQUOT (Parigi): *Lo shock traumatico dal punto di vista clinico.* — Dopo aver insistito sulla rapida comparsa dei fenomeni dello shock traumatico, gli OO. fanno un quadro sintomatico basato principalmente sulle osservazioni di guerra, analizzando i sintomi forniti dallo studio dell'ipotermia, dell'ipotensione arteriosa, dell'analisi del sangue e delle urine.

Segnalano, accanto al tipo classico dello shock, uno shock attenuato (di facile osservazione) determinato anch'esso dalla « attrition » dei tessuti.

La prognosi dello shock traumatico può essere stabilita tenendo conto della temperatura centrale, dell'analisi della tensione arteriosa, dell'esame dell'urina e del sangue.

La profilassi dello shock presuppone la precocità delle cure mediche e chirurgiche: fra queste la migliore è la asportazione delle parti contese.

La cura dello shock può essere sintomatica o causale. Quest'ultima ha per base la concezione nuova dello shock: lo shock è un'intossicazione proveniente dal focolaio traumatico; bisogna quindi agire su questo focolaio. Teoricamente l'indicazione formale è la soppressione delle parti contuse, da cui provengono albumine nocive. In pratica, se non conviene conservare l'arto leso, bisogna fare l'amputazione primitiva; se la conservazione dell'arto è indicata, bisogna aprire largamente i focolai di contusione e asportare possibilmente tutte le parti devitalizzate.

Nella discussione su questo argomento parla, fra gli altri, UFFREDUZZI (Torino), che riferisce alcune ricerche sperimentali sulla patogenesi dello shock.

***

La sede del futuro Congresso (1926) sarà Roma. È eletto presidente il Prof. Giordano, di Venezia. I primi tre temi di relazione per il Congresso di Roma, sono:

1° Chirurgia della milza.
2° Terapia dei tumori del cervello.
3° Radioterapia degli epiteliomi.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

DERMATOLOGIA.

La predisposizione nelle dermatosi.

Darier e Flandin (*Bulletin médical*, 1923 n. 4) osservano che nella maggior parte delle tossidermie e nelle loro manifestazioni più abituali, come gli eritemi, l'orticaria e l'eczema, si può sempre o quasi riscontrare l'anafilassi, la sensibilizzazione o la sensibilità. Le dermiti professionali delle lavandaie, dei lavoratori del cemento, la rogna dei fornai, ecc., sono esempî di sensibilizzazione; analogamente le eruzioni medicamentose sono manifestazioni di intolleranza o di sensibilità; anche le intolleranze alimentari si traducono talvolta esclusivamente con reazioni cutanee, il più spesso con orticaria. Così pure certi individui presentano una vera sensibilità per l'herpes sul quale i metodi di desensibilizzazione hanno lo stesso effetto che sull'eczema. Osservazioni analoghe possono farsi per le epidermofizie a cui si debbono riportare molti eczemi secchi palmari e plantari, come pure la disidrosi.

Alla nozione di sensibilizzazione corrisponde quella di desensibilizzazione; questa si faceva dapprima empiricamente con l'emo-e la sieroterapia ed è stata poi fatta con sostanze chimiche diverse, quali l'iposolfito, il cacodilato, il carbonato di sodio, il mercurio. Si è ora data una base scientifica a questa terapia; nello stesso modo agiscono le iniezioni di peptone e di latte e forse anche quelle di vaccini microbici, provocando nell'organismo una reazione dovuta all'introduzione di albumina estranea, e portando alla guarigione di diverse dermatosi.

A. Z.

Sulla cura generale del prurito.

J. S. Covisa (*La medicina Ibera*, 1922) ritiene che si debba considerare il prurito come una perversione della sensibilità dolorosa, la quale, allorquando raggiunge la sua massima intensità, come nella crisi di prurito, inibisce momentaneamente la trasmissione delle impressioni dolorose in determinate zone cutanee. Nel prurito troviamo sempre l'alterazione nervosa, periferica o centrale, l'azione di una sostanza tossica esterna od interna che opera sopra i nervi o sopra i centri, ed inoltre l'azione di una causa esterna di ordine traumatico, di una irritazione periferica, di qualsiasi classe sia. Talora manca la ragione tossica, esistendo in cambio, un'alterazione fisica del plasma, un disturbo dell'equilibrio colloidale.

Per quanto riguarda la terapia, ricorderemo che i mezzi antipruriginosi che fino ad oggi si utilizzano, trovano la loro indicazione nello studio fisiopatologico del prurito, sia che si voglia agire sulle terminazioni nervose libere intraepidermiche, conduttrici probabili del dolore e del prurito, sia che si voglia esercitare un'azione locale sopra la pelle attaccando la superficie cutanea cornea, o diminuendo la stasi linfatica. Il prurito è molte volte ribelle al trattamento topico ed alle medicazioni generali convenientemente impiegate. Azùa ha detto che non abbiamo ancora la morfina del prurito.

Molti casi di prurito sono di natura anafilattica, e risalgono ad una data lieta o ad un dato alimento: caffè, uva, pomodori, è chiaro che in tali casi la sospensione del dato elemento, sopprime la crisi del prurito, o la dermatosi anafilattica; ovvero si può, come consigliano autori francesi, istituire un trattamento deanafilattizzante. Per l'efficacia di altri mezzi, vanno ricordati: la Röntgenterapia e l'alta frequenza. Altri metodi di cura usati spesso con successo sono: le iniezioni sottocutanee di grandi quantità di soluzione fisiologica; l'autosieroterapia, l'autoematoterapia. Azione antipruriginosa fu raggiunta anche con le iniezioni intravenose di soluzioni ipertoniche di glucosio, al 25-50 % nella dose di 16-30 cc. per 4-6 volte la settimana con le quali l'A. ha constatato la diminuzione notevole dell'infiltrazione cutanea. In altri casi è stata riscontrata utile la puntura lombare, ed il trattamento antianafilattico.

MONT.

Trattamento dell'orticaria e della prurigine nei bambini.

Le tossidermie di forma papulosa od orticariacea sono assai comuni nella prima e nella seconda infanzia; da principio lo strofulo e l'orticaria, poi la prurigo a ripetizione e la prurigine di Hebra. Tali fenomeni, esasperati dal temperamento nervoso dell'individuo, sono anzitutto in relazione con fermentazioni digestive; queste eruzioni non si vedono che in bambini mal nutriti, sovralimentati, allattati artificialmente, costipati. Il trattamento locale quindi non basta, ma bisogna rimontare alle origini, correggere gli errori igienici, prescrivere una buona alimentazione, assicurare il buon funzionamento e l'antisepsi dell'intestino, migliorare le condizioni igieniche dell'ambiente; si può così arrivare alla gua-

rigione, ed è per questo che la prurigine di Hebra, tanto comune nell'infanzia, è rara nell'adulto.

J. Comby (*Consultations pour les maladies des enfants*) dà i consigli seguenti:

1) regime alimentare; astenersi dal vino e dalle bevande alcooliche, dal caffè, dagli alimenti drogati, acidi, troppo salati o troppo zuccherati, dalle carni frollate, dal pesce di mare, dai molluschi, formaggi forti, cavoli, pomidoro;

2) sospendere l'uso dei bagni e ricorrere in caso di bisogno a semplici lavature con acqua bollita e tiepida; al mattino, lozioni calde sulla nuca e sulla colonna vertebrale, versando lentamente un vaso d'acqua a 36°-38°-40°. Non portare sulla pelle della flanella, ma della tela;

3) al mattino ed alla sera, fare unzioni con la pomata seguente: glicerolato d'amido g. 100; acido tartarico, acido fenico ana g. 1; mentol cg. 50. Contro il prurito si può ricorrere a questa pomata: amido, ossido di zinco, vaselina, lanolina, ana g. 25, mentolo g. 1;

4) combattere la costipazione con lassativi e dare, per una settimana su due, prima del pasto di mezzogiorno, un bicchierino di acque minerali bicarbonato-sodiche (l'A. consiglia Vichy o Vals);

5) contro l'orticaria ribelle e la prurigine di Hebra, applicare compresse imbevute con olio di fegato di merluzzo o linimento oleo-calcare;

6) l'anafilassi alimentare può essere prevenuta somministrando una piccola quantità di peptone (cg. 50) un'ora prima dei pasti.

fil.

Pomata contro l'eczema localizzato.

L. Bizard consiglia specialmente nell'eczema orbicolare delle labbra ed in quello delle estremità la seguente pomata: Balsamo del Perù g. 1,50; Canfora polverizzata e stacciata g. 0,40; Tannino puro g. 0,50; Estratto secco di hamamelis g. 0,20; Ossido di zinco g. 4; Vaselina bianca e Lanolina ana g. 12. Se vi è prurito, aggiungere 30 cg. di stovaina.

Contro il sudore dei piedi.

Immergere un paio di calze in soluzione alcoolica di formalina al 10 %, torcere, lasciare asciugare; alla sera, dopo un bagno ai piedi, indossare le calze, meglio se sono ancora umide della soluzione di formalina, e tenerle tutta la notte; ripetere l'operazione tre volte la settimana; nei casi ribelli elevare il titolo della formalina al 20 %.

SEMEIOTICA.

Colorazione del bacillo tubercolare.

Biffi (*Pathologica*, 16 febbraio 1923), propone il metodo seguente: fissazione del preparato alla fiamma, ricoprendolo poi con una soluzione satura di cristalvioletto. Si aggiunge una goccia di ammoniaca diluita e si scalda fino ad intenso sviluppo di vapori; dopo qualche secondo, quando il liquido sta per entrare in ebollizione, si ritira il preparato dalla fiamma, si attende qualche secondo e poi si versa il liquido, trattando subito dopo il preparato con acido nitrico al 30 % o con acido solforico al 25 %, nel modo consueto. Si lava, in acqua, si asciuga e si monta in una goccia di vasellina jodata; i germi appaiono in nero intenso e spiccano bene sul fondo giallo paglia, con contorni nettissimi e sono quindi facilmente rintracciabili anche se in scarsa quantità.

L'olio di vaselina jodato si prepara agitando una ventina di cmc. di olio di vaselina puro con qualche cristallo di jodio; quando il liquido ha assunto una colorazione rosso-violacea intensa lo si decanta in un altro recipiente ed è pronto per l'uso. Per ottenere un fondo giallo-fumo uniforme, si immerge il preparato in permanganato di potassio all'1 %, lavando poi subito in acqua.

fil.

IGIENE.

Le controindicazioni all'allattamento materno.

Sono ben noti i grandi vantaggi dell'allattamento materno sia per il bambino, sia per la stessa madre; vi sono però condizioni in cui esso può essere controindicato per cause provenienti dall'uno o dall'altra. Gli *ostacoli dovuti alla madre* consistono in: 1) *malattie acute;* se si tratta di affezione poco grave, senza grande pericolo d'infezione, basterà prendere alcune precauzioni, come la lavatura dei seni con soluzioni antisettiche, poi con acqua bollita e l'isolamento del poppante nell'intervallo fra le succhiate; invece una affezione grave che abbia influenza sulla secrezione lattea e presenti pericolo di contagio deve far proibire l'allattamento materno; 2) *malattie croniche;* sono assolutamente incompatibili con l'allattamento la tubercolosi polmonare e le tubercolosi esterne in evoluzione, mentre quando queste sono chiuse e non hanno notevole risentimento sullo stato generale si può permettere l'allattamento; così pure nelle cardiopatie in stadio di compenso. Controindicazione assoluta è data dal morbo di Bright; nel caso di semplice albuminuria si dovrà tentare

l'allattamento, il quale si inizierà 3-4 giorni dopo il parto nel caso che vi sia stata eclampsia. La sifilide materna non è una controindicazione a meno che la malattia non sia stata contratta negli ultimi due mesi, essa è invece una controindicazione assoluta all'allattamento mercenario di bambini non sifilitici. Ostacoli assoluti sono pure le affezioni epatiche croniche, i disturbi cerebrali, l'idiozia, l'epilessia, il diabete, i neoplasmi. E. Niffle (*Le Scalpel*, 1923, n. 4) ascrive fra le controindicazioni assolute anche il gozzo e le affezioni malariche, ma evidentemente occorre per entrambe le malattie distinguere e giudicare caso per caso. La pielonefrite gravidica senza risentimento sullo stato generale non costituisce controindicazione. Ostacoli serî possono essere dati da malformazioni dei capezzoli (ombelicati); l'ipogalattia che si osserva talora all'inizio può essere passeggera e la madre deve tentare di attivare la secrezione lattea e ricorrere temporaneamente all'alimentazione mista.

Ostacoli dovuti al bambino: i prematuri, i deboli, possono non avere la forza di succhiare ed in tal caso l'allattamento si farà in modo indiretto, raccogliendo il latte dal seno materno e somministrandolo con un cucchiaino; ad espedienti simili si ricorrerà in caso di malformazioni boccali; la brevità del frenulo linguale non è mai una controindicazione. In qualche rarissimo caso vi è intolleranza assoluta per il latte della madre.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Flagellati del genere Tricomonas nel sangue circolante dell'uomo.

In questi ultimi tempi si tende ad assegnare ai flagellati del genere Tricomonas un significato patogenetico più importante di quello finora ad essi attribuito, riportando, p. es., a questi protozoi numerosi casi di dissenteria; oltre che nell'intestino, tali flagellati possono trovarsi nella vagina, nello sputo; si citano anche reperti nel sangue, da attribuirsi talvolta al loro ingresso *in extremis* talaltra a grossolani errori di tecnica. F. Pentimalli (*Annali di Igiene*, maggio 1923) riporta una osservazione da lui fatta nel 1917 al Laboratorio batteriologico del VI C. A. in Cormòns, nella quale sono da escludersi sia l'ingresso *in extremis*, sia la tecnica difettosa. Trattavasi di un soldato in cui fra le diverse ricerche sistematiche (emo- e coprocoltura, sieroreazione, ecc.) riuscite tutte negative, l'esame dello striscio di sangue colorato col Giemsa, fece osservare numerose forme parassitarie di protozoi, provvisti in parte di evidenti flagelli, assai simili alle forme note di Tricomonas intestinalis; inoltre erano presenti anche in buon numero forme parassitarie che avevano l'aspetto di enormi bacilli, spesso aggruppati insieme, ma senza disposizione determinata. Una descrizione morfologica di questi parassiti non è possibile in quanto che la preparazione degli strisci, come il successivo processo di fissazione e di colorazione possono danneggiare talmente i parassiti, sicchè i flagelli vanno perduti o si accollano, la membrana ondulante diventa meno facilmente osservabile, la forma stessa del corpo può risultare diversa da quella che è realmente. Daî caratteri microscopici generali, ben riconoscibili anche nelle figure colorate che accompagnano il lavoro dell'A., si deve concludere che nessun dubbio può cadere sull'appartenenza o meno di questi flagellati al genere Tricomonas. In un secondo prelevamento di sangue, praticato 10 ore dopo, si riscontrarono gli stessi flagellati, sebbene in numero assai minore; nei successivi prelevamenti, fatti durante un paio di mesi, la ricerca fu sempre negativa. Negativa fu altresì la ricerca nelle feci e l'inoculazione in conigli e cavie.

È questa dunque la prima osservazione ben documentata di forme parassitarie flagellate del genere Tricomonas nel sangue circolante dell'uomo. È da supporsi che il parassita sia migrato dall'intestino nel sistema circolatorio, senza però adattarsi nel nuovo mezzo; l'osservazione dell'A. dimostra che tale passaggio può avvenire non solo *in extremis*, ma anche in condizioni che permettono per lungo tempo la vita. *fil.*

VARIA

Che cosa deve l'umanità alla scienza medica.

R. Wilbur, rispondendo a coloro i quali ritengono che poco valgano i medici a migliorare le condizioni di salute dell'umanità, afferma che mediante la precoce diagnosi, la prevenzione delle malattie individuale e sociale, le cure causali e sintomatiche, l'asepsi e l'anestesia chirurgica, la medicina viene a prolungare alquanto la vita media, e ad accrescere il benessere. Se gli Stati Uniti si valessero di tutte le conoscenze mediche attuali, e spendessero nella lotta contro le malattie quanto spendono per guardarsi dai nemici esterni, secondo l'A. la vita media potrebbe ivi aumentare di dieci anni.

DOR.

Incrementi della popolazione.

Nel 1921 l'eccesso delle nascite sulle morti è stato di 661,128 in Germania;
461,013 » Italia;
390,416 » Inghilterra;
117,023 » Francia.

(Da *Annali d'Igiene*, agosto 1923).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il decreto per la revisione degli organici sarà emendato?

L'Associazione Nazionale dei Combattenti ha inviato alla stampa il seguente comunicato:

« Il Comitato nazionale dell'Associazione nazionale combattenti, che ha rivolto vive premure al Governo sulla dibattuta questione relativa all'applicazione del decreto-legge per la revisione degli organici degli impiegati dipendenti dagli Enti locali, ha avuto oggi la formale promessa che alla prima adunanza del Consiglio dei Ministri sarà sottoposto uno schema di decreto-legge con il quale vengono modificate le disposizioni contenute nel precedente decreto del 27 maggio, nel senso di concedere ai Comuni e alle Provincie una proroga per la revisione degli organici del personale da essi dipendenti e di stabilire con maggiore precisione il trattamento benevolo a favore degli ex-combattenti.

« I Comuni e le Provincie potranno quindi con maggiore serenità e tranquillità procedere alla predetta revisione, in attesa delle deliberazioni del prossimo Consiglio dei Ministri ».

Questo proposito di revisione è assai opportuno ma è necessario che sia esteso al complesso delle norme del decreto, per una migliore precisazione dei *limiti* del potere attribuito ai Comuni e ai Prefetti, dei *criteri e dell'ordine* che devono essere osservati agli effetti delle dispense dal servizio, *degli organi* che devono partecipare alla deliberazione in sede consultiva e di approvazione tutoria, e per determinare la durata massima dell'esercizio di questo potere eccezionale, non essendo stabilito alcun termine per la funzione surrogatoria dei Prefetti e non essendo ammissibile che attribuzioni straordinarie siano affidate per tempo non esattamente definito.

La organizzazione sanitaria degli enti locali richiede speciale considerazione, per necessità d'ordine obbiettivo e funzionale che già segnalammo in occasione dell'esame del decreto; ma purtroppo, la circolare ministeriale riassunta nel fascicolo 31 di questa rivista, accennando particolarmente alle condotte mediche, è ispirata a criteri di economia e di rigore che non corrispondono alla realtà dei bisogni e delle esigenze dei servizi di assistenza sanitaria.

Si è detto perfino che devono essere soppresse le disposizioni, sagge ed opportune, che stabiliscono aumenti graduali di stipendio in proporzione dell'aumento del numero dei poveri iscritti negli elenchi, oltre un dato limite al quale corrisponde lo stipendio-base; ma non si è considerato che si rende possibile così l'attuazione pratica della condotta per la generalità o quasi degli abitanti, a tutto danno del medico, il quale è assolutamente indifeso di fronte agli eccessi e alle illegalità intrinseche degli elenchi delle persone aventi diritto alla cura gratuita.

Ci sono già stati segnalati non pochi casi di provvedimenti tipicamente arbitrari: perfino casi di dispensa dal servizio senza soppressione della condotta; l'interessato potrà ricorrere, è vero alla IV Sezione, ma frattanto la deliberazione sarà eseguita e per far annullare il provvedimento è necessario un giudizio. Più gravi sono le illegalità intrinseche che sfuggono in gran parte al sindacato di legittimità perchè coperte dalla discrezionalità dell'atto amministrativo.

Noi apprezziamo ed approviamo le alte finalità che il Governo si è proposto di raggiungere; ma per tendere esclusivamente ad esse ed evitare, nei limiti del possibile, arbitri ed eccessi, è necessario circoscrivere e definire con maggiore precisione le attribuzioni dei Comuni e dei Prefetti e stabilire che in ogni caso di riforma di organici per l'assistenza sanitaria e per la vigilanza igienica, sia pure deliberata dal Prefetto in sede surrogatoria, sia sentito il parere motivato dal Consiglio provinciale sanitario e il provvedimento dell'autorità deliberante sia specificatamente motivato anche con riferimento al parere conforme o difforme dell'organo consultivo.

La motivazione specificata è condizione necessaria al controllo dell'uso di qualsiasi potere discrezionale; nel caso in esame, trattandosi di poteri eccezionali, la motivazione è garanzia essenziale e freno discretamente efficace anche per prevenire abusi ed esorbitanze.

Il nostro ufficio di consulenza, al quale giungono ogni giorno numerose segnalazioni di casi pratici, è un osservatorio sicuro delle vicende giuridiche e amministrative inerenti all'assistenza sanitaria: non formuliamo, dunque, ipotesi astratte ma vediamo la realtà della vita, così come si svolge, e per essa la necessità di migliori e più sicure garanzie a tutela dei diritti individuali e del normale svolgimento dei rapporti fra gli enti e i medici.

Crediamo, perciò, di compiere un dovere non inutile segnalando al Governo e specialmente alla Direzione Generale della Sanità queste osservazioni sommarie ma obbiettive.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AUDITORE (*Pesaro*). — Scad. 16 ag. L. 7000 e 5 quadr. decimo, un c.v., L. 1000 oltre 500 pov., lire 3000 cav., L. 1000 disag. resid., L. 400 uff. san., casa decente.

BENEVENTO. *Municipio*. — Capo Sezione medico-micrografica e capo Sezione chimica del Laboratorio Consorz. d'igiene. Scad. 31 agosto. V. fasc. 32.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 20 ag. L. 8000 e 10 bienni ventes., L. 2000 cav., aumentate di 500 mobili; c.-v.

CESENA (*Forlì*). — Scad. 20 ag.; per S. Vittore; L. 7500 e 10 bienni ventes., L. 2000 cav., due c.-v., L. 2 ogni pov. oltre i 1000.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — Per Palo e Ladispoli. Scad. 18 ag. L. 7000 e 4 quadrienni; 2 c.-v.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità*. — A tutto il 29 ag. ore 13. Chirurgo direttore dell'Ospedale. Vedi fasc. 30.

GROSSETO. *Congregazione di Carità*. — Aiuto medico-chirurgo all'Ospedale; Scad. 31 ag. L. 6000 e c.-v.; alloggio obbligat. in osped.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia*. — Aiuto medico-chirurgo. A tutto il 31 ag. L. 6000 lorde, ed indenn. c.-v. temporanee. Alloggio in Ospedale.

LESIGNANO DI PALMIA (*Parma*). — Scad. 20 agosto. L. 8000 stip., L. 2500 cav., L. 600 uff. san., L. 300 ambulatorio.

LONDRA. *Ospedale Italiano*. — Concorso al posto d'assistente (medicina e chirurgia). Il candidato deve essere italiano, celibe, laureato in Italia, e con conoscenza perfetta della lingua inglese, parlata e scritta. Limite d'età 30 anni. Il nominato resterà in carica per sei mesi, con diritto di ripresentarsi ai concorsi successivi. Onorario annue Lst. 150, con alloggio, vitto, ecc. I documenti (copie, non originali) devono pervenire non più tardi del 20 agosto al Segretario, Ospedale Italiano, Queen Square, W. C. I. - Londra.

MINTURNO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — A norma della deliberazione adottata il 21 luglio 1923 dal Consiglio Direttivo della C. R. I., è bandito un concorso fra gli Ufficiali medici dell'Associazione, ad un posto di Segretario medico negli Uffici del Comitato Centrale per il servizio di assistenza sanitaria agli operai sul lavoro e per quello di propaganda igienica e sanitaria, svolti dal Comitato Centrale medesimo. La Direzione Generale della C. R. I. potrà aggiungere altre attribuzioni e modificare queste medesime secondo le esigenze del servizio. Il concorso sarà per titoli. È dichiarato aperto a tutto il 31 agosto. Saranno respinte le domande che pervenissero agli Uffici del Comitato Centrale oltre il termine suddetto. Saranno respinte del pari le domande non accompagnate da tutti i documenti richiesti. Il bando del concorso è ostensibile alla Sede del Comitato Centrale, in via Toscana, 12.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domande e docum. entro 15 ottobre. V. fasc. 28.

SOLESINO (*Padova*). — Scad. 31 ag. L. 7200 fino a 1000 pov.; due c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 800 se bic. e L. 2000 se cav.; età lim. 40. Pratica annua in pubbl. osped. o condotta o non breve esercizio onorevole o con titoli equipollenti di speciale colt. scientif. e buona pratica nell'arte med. Stato di fam. Riserva di modificazioni.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

VERGHERETO (*Forlì*). — Per Alfero. Scad. 25 ag., L. 6000 e 8 trienni dec.; disag. resid. L. 300; cav. L. 4000; due c.-v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con decreto registrato il 24 luglio, il prof. Nicola Pende è nominato ordinario di clinica e patologia medica a Cagliari, per l'art. 24 del R. U. Il ministro, oltre che fondare questa decisione sull'esito dell'ultimo concorso di clinica medica, in cui il Pende risultò primo, è stato sostenuto nella sua iniziativa dal consenso scritto e dichiarato di numerosi clinici e rappresentanti della scienza medica italiana.

Vadano i nostri rallegramenti cordiali al valoroso clinico e scienziato.

L'on. deputato dott. Ferdinando Cazzamalli ha conseguito per titoli, nella R. Università di Catania, la libera docenza in Clinica Neuropsichiatrica, trattando brillantemente per la prova della lezione l'interessante argomento: « Cause delle malattie nervose e mentali ».

Congratulazioni ed auguri.

La Società Italiana delle Scienze, detta dei XL, ha conferito la medaglia d'oro al prof. Riccardo Versari, direttore dell'Istituto Anatomico dell'Università di Roma, per un recente e poderoso lavoro di embriologia sull'occhio umano. La assegnazione della insigne Società delle Scienze onora l'illustre scienziato e la Facoltà Medico-Chirurgica alla quale egli appartiene.

Nell'Associazione Medica Americana.

L'*American Medical Association* ha eletto proprio presidente il dott. William Allen Pusey, dal 1894 al 1915, professore di dermatologia alla Scuola Medica dell'Università d'Illinois, attualmente proprofessore emerito, autore di molte opere e di apprezzate ricerche nel campo della specialità.

NOTIZIE DIVERSE.

Prossimi Congressi.

1923:

Settembre 19-22, Torino, XII Congresso stomatologico Italiano (vedi fasc. 29).

Settembre 27-29, Bordeaux, Congresso Francese di Medicina (vedi fasc. 23).

Ottobre 18-21, Palermo, V Congresso Italiano di Radiologia medica (vedi fasc. 28).

Ottobre 24-26, Roma, XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (vedi fasc. 31).

Ottobre 24-26, Roma, XXX Congresso della Società Italiana di Chirurgia (vedi fasc. 31).

Ottobre 27, Roma, II Congresso della Società Italiana di Urologia (vedi fasc. 31).

Ottobre 27-28, Bucarest, II Congresso rumeno di Oto-rino-laringologia (vedi fasc. 33).

1924:

Aprile 23-27, Roma, Congresso Internazionale di Urologia (vedi fasc. 27).

II Congresso rumeno d'oto-rino-laringologia.

È indetto a Bucarest nei giorni 27 e 28 ottobre; le sedute si terranno nel grande anfiteatro dell'Ospedale Coltee, sotto la presidenza di Oranu. Temi delle relazioni: Radioterapia e radiumterapia in oto-rino-laringologia; Le otiti medie nei lattanti; La vaccinoterapia dell'ozena. Segretario generale: L. Mayersohn (Calea Molisor, 97 - Bucarest).

Congresso calabrese d' idrologia e climatologia medica.

Si è tenuto nella seconda decade di giugno a Cosenza. I congressisti si recarono poi a visitare la Sila e poterono convincersi della bellezza salubre di quei luoghi. Nel sanatorio per bambini malarici fu scoperta una lapide commemorativa del dottor Domenico Miglioli; parlarono il prof. Devoto e il dott. De Marco.

Unione internazionale per la lotta contro la tuber colosi.

Si è riunito a Parigi il Consiglio direttivo dell'Unione internazionale per la lotta contro la tubercolosi sotto la presidenza di Léon Bernard. Rappresentavano l'Italia i dottori Mendes e Roatta della Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi. Furono discusse varie importanti questioni e si presero accordi definitivi per la prossima conferenza interna(zionale dell'Unione che avrà luogo nel settembre 1924 a Losanna.

Propaganda contro la tubercolosi.

Si è tenuta a Milano una prima assemblea dei Sindaci della provincia aderenti all'Associazione fra i Comuni d'Italia.

L'assemblea ha votato un ordine del giorno con cui si impegna a svolgere nei singoli Comuni opera alacre e attiva di propaganda a pro dell'opera di prevenzione antitubercolare e si impegna pure di proporre alle Giunte comunali l'aumento dell'aliquota per abitante, che attualmente è di lire 1.05, come verrà stabilito dall'assemblea generale del Consorzio antitubercolare. Si fanno voti per un risveglio delle classi dei datori di lavoro e dei datori d'opera che devono tangibilmente dimostrare il loro interessamento e aiuto in questa sacra opera di umana redenzione.

Pel Sanatorio antitubercolare in Calabria.

Presieduto dal vice-presidente avv. comm. Giambattista Madia, e con l'intervento di monsignor Giosafatte Mittiga, comm. prof. Luigi Sirleo, avv. Michele Barbaro, prof. Pasquale Alesce e tenente colonn. medico dott. Giangiuseppe Sebastianelli, si è riunito, presso l'Opera nazionale invalidi di guerra, il Consiglio di amministrazione del Sanatorio antitubercolare pei tubercolotici di guerra e per i figli degli emigrati calabresi, erigendo nelle Calabrie, mediante la fattiva cooperazione dell'Opera nazionale invalidi di guerra e di mons. Mittigali.

Presa nota dell'adesione del presidente, senatore prof. Alessandro Lustig, e dell'avv. Mario Canino, il Consiglio ha deliberato su importanti questioni, fra cui la scelta della località d'impianto del Sanatorio e la designazione degli ingegneri per la preparazione del progetto e per la direzione dei lavori.

La cerimonia della posa della prima pietra avrà carattere di speciale solennità.

Nella Croce Rossa.

Il Consiglio direttivo adunatosi nei locali del Comitato centrale della C. R. I. ha accettato la generosa donazione della Magona d'Italia che ha ceduto alla C. R. I. l'area sulla quale è stata costruita una sezione di dispensario antitracomatoso a Piombino, che sarà presto completato con un dispensario antitubercolare.

Nella stessa seduta venne ratificata la nomina del sig. Edmondo Bassanesi a socio benemerito per aver donato alla C. R. I. 600 coperte del valore di L. 15,000.

* * *

Il presidente generale della C. R. I., sen. Giovanni Ciraolo, ha conferito di *motu proprio* la medaglia d'argento al merito alla delegata generale per le infermiere, marchesa Irene di Targiani Giunti, con la seguente bellissima motivazione:

« In premio dell'impegno e dell'opera dedicati, durante il biennio decorso, nella Organizzazione del Corpo delle Infermiere volontarie e nella Istituzione delle scuole di assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana; mirabile per devozione alle idealità della C. R. I., per spirito di iniziativa e per combattiva attività, nel dirigere le opere antiche e nuove dell'Associazione, ai fini di una sempre più alta ed efficace preparazione di Infermiere volontarie e di assistenti sanitarie della Croce Rossa ».

Nel giornalismo medico.

Il prof. G. Santoro ha fondato la « Calabria Medica » allo scopo di riunire i medici calabresi intorno al giornale ed in un'associazione scientifica e di creare un movimento colturale: a questo scopo verranno anche istituite borse di studio.

La Calabria ha una tradizione di pensiero delle più antiche e gloriose e il nuovo periodico intende assecondarne e promuoverne il risveglio nel campo medico.

Gli uffici hanno sede a Cosenza, palazzo Palumbo.

Auguri.

Una missione del sen. Lustig in Argentina.

È partito a bordo del «Mafalda» da Genova per Buenos Aires il sen. prof. Alessandro Lustig, dell'Istituto Superiore di Firenze, il quale è stato invitato ad inaugurare i nuovi locali dell'Istituto Biologico argentino e dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires.

Approfittando dell'occasione l'Opera Nazionale degli Invalidi di Guerra, della quale il sen. Lustig è Presidente, gli ha dato incarico, con l'appoggio del Ministero degli Esteri, di organizzare nel modo migliore possibile, l'assistenza dei Mutilati di Guerra nell'Argentina. Nessuna spesa graverà sullo Stato o sull'Opera Nazionale per questa alta missione.

Col Lustig sono partiti anche il prof. Paolo Alessandrini dell'Università di Roma e il prof. Luigi Lenzi, direttore degli Ospedali italiani di Buenos Aires.

Onoranze al sen. Ferrero di Cambiano.

Il personale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ha consegnato al sen. marchese Ferrero di Cambiano, già presidente dell'Istituto, un'artistica pergamena quale attestato di omaggio per l'opera spesa durante un venticinquennio a favore dell'Istituto. Ai discorsi pronunziati rispose il festeggiato affermando che si sentirà sempre legato all'Istituto da simpatia e da affetto.

Onoranze al prof. Vincini.

La città di Rimini ha solennemente onorato il prof. Lodovico Vincini. Il Regio Commissario ne annunziò la nomina a cittadino onorario di Rimini; il prof. Testi, il prof. Cardi e il successore prof. Silvestrini ne riassunsero i meriti scientifici, le virtù civili, la generosità d'animo. L'avv. C. M. Pugliese gli offrì a nome di un Comitato cittadino un *album* ricoperto di migliaia di firme, il generale Odella gli consegnò la grande medaglia della Croce Rossa ed altre medaglie d'Associazioni. All'ospedale, ove i convenuti si recarono in imponente corteo, venne scoperta una targa in marmo con medaglione raffigurante il volto del festeggiato, opera dello scultore Marchesi. Numerose ed autorevoli le adesioni.

Le onoranze hanno avuto luogo in occasione di un Convegno interregionale di talassoterapia, del quale daremo prossimamente notizia.

È morto a 54 anni ENRICO BORUTTAU, professore di fisiologia nell'Università di Berlino, autore di studi molto apprezzati sull'elettro-fisiologia, sul ricambio materiale e sulle secrezioni interne; si è occupato in specie del meccanismo della morte da fulgorazione e della natura dell'elettrotono.

Ha pubblicato molti capitoli di trattati ed un Manuale delle applicazioni dell'elettricità alla medicina (in collaborazione con Mann, Levi-Dorn e Krause).

Era molto assorbito dall'attività professionale nel campo delle analisi di laboratorio.

P.

Si è spento in un sanatorio della Svizzera il prof. CAMILLO POLI, reputatissimo otorinolaringologo di Genova. Spiegò attività intensa e fattiva a tutela dell'infanzia contro la tubercolosi e per la difesa sociale contro questo flagello. Fu propagandista brillante e convincente. Rappresentò più volte il nostro Governo in conferenze internazionali, ove portò un giudizio equilibrato e sicuro.

R. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp

È uscito in questi giorni il volume degli Atti del 1° Congresso della

SOCIETA' ITALIANA DI UROLOGIA

tenutosi in Firenze il 24 Ottobre, 1922.

Esso contiene le seguenti interessantissime pubblicazioni:

Il volume, che ai Soci fondatori, ordinari ed onorari della Società è concesso **Gratis,** trovasi in commercio al prezzo di L. **25** più le spese postali di spedizione.

La nostra amministrazione, in considerazione dell'importanza degli argomenti trattati ed allo scopo di rendere più facile, ai proprî abbonati, non facenti parte della Società, l'acquisto del suddetto volume, si è posta in grado di poterlo cedere per sole

L. 20 in porto franco.

Per ottenerlo inviare subito Cartolina Vaglia al **Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina N. 14 - ROMA**

ANNO XXX — Roma, 20 agosto 1923 — Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO ORTOPEDICO T. RAVASCHIERI
diretto dal prof. A. CURCIO.

Sulle esostosi funzionali. (1)

Questa comunicazione al Congresso prende occasione da un caso essenzialmente tipico e reca un contributo alla classifica delle esostosi ed alla patogenesi di esse, non ancora definita.

È necessario prima distinguere tra quelle esuberanti produzioni *attive*, osteogenetiche che vanno fino agli osteomi o osteocondromi e, d'altra parte, quelle molte esostosi che debbono rientrare nel numero delle produzioni osteoperiostali, *passive*, per adattamento conseguenziale alla predominante potenza muscolare o sindesmologica.

Tralasciamo le prime, delle quali è già ricca la letteratura; sono le produzioni neoplastiche, tossiche, infettive, traumatiche, molto frequenti. Sono processi spontanei, multiformi e multipli, ereditari, con le solite induzioni patogenetiche della tubercolosi, rachitismo, reumatismo, sifilide, endocrinismo, ecc.

Le esostosi, delle quali ci occupiamo ora, sono quelle che possono chiamarsi *esostosi funzionali*, perchè prodotte passivamente, sotto l'agente funzionale, nello stesso modo che tutti gli ingrossamenti, e sempre la forma delle singole ossa, sono conseguenti alle risultanze meccaniche degli organi ed in rapporto diretto alla potenzialità di questi.

Ciò va ricordato anche per la più esatta interpretazione di quelle esostosi dette caratteristiche, senza sufficienti giustifiche, come per esempio quelle tibiali nel ginocchio valgo, le quali, se morfologicamente appaiono quali esostosi od osteofiti, rappresentano invece la scheggiatura, per frattura *ad arbre* del tavolato della superficie interna tibiale, impoverita di resistenze trabecolari dai bisogni funzionali del condilo tibiale esterno e corrispondente zona tibiale, pel carico anormale del ginocchio valgo, ed incapace a resistere alle trazioni muscolari negli impianti tendinei.

La radiografia dimostra facilmente l'alterazione strutturale e la frattura la quale per la trazione muscolare assume l'aspetto di esosto-

(1) Comunicazione al XIII Congresso della Società Italiana di Ortopedia pel prof. ATTILIO CURCIO, docente di ortopedia nella R. Università di Napoli.

si. In casi molto tipici ho raccolto questi reperti, asportandoli, ad uso scolastico, mentre che, a riprova dell'asserto, essi trascurati nella correzione del valghismo, scompaiono col ripristino della normale funzione tibiale.

Tutto ciò non è nuovo, ma può servire a modificare l'errata interpetrazione di molti autori che seguono ancora il concetto della concomitanza quasi costante senza indagini patogenetiche. « Trattasi di piccole sporgenze ossee, vere piccole esostosi, alle quali Mac Even ha dato il nome di spine tibiali » (Kirmisson).

La vera spina tibiale non è, per altro, che lo ispessimento, o esostosi funzionale, necessario alla resistenza proporzionale del potente tendine del quadricipite, così come possono considerarsi esostosi funzionali le creste, le apofisi e le epifisi.

Non rientrano nel nostro argomento le esostosi così dette da accrescimento, dette anche osteogenetiche, studiate recentemente dal Sansevero, perchè esse comprendono esostosi attive e spontanee, come nei casi, da lui riportati, dal Patriarche, del Sévestre, di Haliprè ed altri. Queste esostosi sono più frequenti nei maschi, appaiono nei primi anni di vita, spesso sono simultanee in più ossa, e si arrestano alla fine della pubertà.

Nel mio caso trattasi di una giovane ventenne, con curvatura epifisaria vara del femore destro e già operata, nell'infanzia, per doppio ginocchio valgo rachitico. Essa venne presentata per supposto callo deforme del femore. L'errore derivava dalla minore lunghezza dell'arto e dalla sporgenza ossea, a punta, come scheggia nel terzo inferiore interno della coscia. La differenza di lunghezza era giustificata dalla curvatura vara e non dalla legge di Bessel Agen ed esisteva una esostosi molto pronunziata sul condilo femorale interno.

Nessuna altra esostosi nello scheletro, nè l'ereditarietà.

A differenza dei noti casi di esostosi postoperative ed juxtaepifisarie questa esostosi partiva dal condilo interno femorale e si dirigeva in alto come un prolungamento del tubercolo del terzo adduttore, che anche esso, in condizioni normali deve considerarsi come una esostosi funzionale.

La radiografia in questo caso è molto interessante, ma per spiegare la formazione di questa bellissima esostosi bisogna riferirsi ad alcune leggi meccaniche e riandare alla primitiva affezione rachitica subìta dalla inferma.

È noto che nella posizione eretta normale la verticale condotta per il centro di gravità passa per un punto interno della base di appoggio. In tale posizione il centro di gravità è nella retta normale a quella che congiunge i centri delle teste femorali, nel suo centro, con pressione uguale sui due piedi.

Riportandoci alla conformazione dei meccanismi a cerniera i movimenti di flessione pel carico sono ostacolati volontariamente dalle potenze estensorie, nel sano, mentre il rachitico, con ipotonia muscolare, che può giungere alla atonia, deve trovare l'equilibrio statico girando l'asse delle gambe in modo che anche gli assi delle cerniere articolari vengano a subire una rotazione che è l'adduzione forzata delle cosce, aumentata dalla flessione e dalla abduzione dei piedi, necessarie a condurre per maggiore stabilità statica e dinamica, automaticamente il centro di gravità al suolo sopra una aumentata base di appoggio.

Per questa alterazione funzionale del rachitico abbiamo che la forza R che prima tendeva a produrre la flessione del ginocchio si scompone in r' ed r'': la r' diretta verso l'asse della cerniera è distrutta dalla sua eguale e contraria prodotta dal peso $\frac{P}{2}$ applicata sull'altro arto e la r'', che è tanto minore quanto più accentuato è stato il movimento.

Le conseguenze morfologiche e strutturali per tale alterata funzione sono chiare, ma debbono tenersi presenti nei due fattori principali che servono al nostro caso e cioè:

1) per la accentuata adduzione dei ginocchi i due segmenti scheletrici, che debbono meccanicamente considerarsi come due solidi caricati in punta, hanno per punti di carico maggiore (con bisogno di resistenze maggiori) i condili esterni, con impoverimento spontaneo dei condili interni;

2) la funzione del grande adduttore trova normalmente una resistenza al suo attacco distale con la formazione del tubecolo omonimo.

Per cui si ha $K = \frac{P}{S}$ (1) dove per K si intende lo sforzo in Kg. per cmq. che esso tubercolo può sopportare, per S la superficie in cmq.; per P lo sforzo in Kg. che il muscolo esercita in condizioni normali.

Ora, se per la iperfunzione adduttoria suddetta lo sforzo sul tubercolo aumenta al valore P occorre sostituirne un altro, P', tale che sia $P' > P$ e quindi la formula (1) va sostituita dall'altra $K < \frac{P'}{S}$ (2), dalla quale si vede che la resistenza del solido (tubercolo) alla trazione è inferiore a quella necessaria per sopportare lo sforzo P' del tendine.

Ma d'altra parte il valore di K non rimane lo stesso, per la prima considerazione fatta; onde se noi sostituiamo nella formola (2) a K un valore $K' < K$ la disuguaglianza (2) aumenta ancora.

Abbiamo cioè un solido sollecitato alla trazione da un carico molto maggiore di quello che la sua resistenza comporterebbe, ed in siffatta circostanza è noto che il solido cede e si allunga, per cui l'osso produce un tubercolo, come nella funzione e forma normali (esostosi funzionale), che può aumentare nella grandezza eccezionale del nostro caso, e che infine può per ulteriore sforzo di trazione rompersi, quando sia soggetto specialmente ad un carico variabile o vivo e concentrato, come dicesi in meccanica.

Esempi di questo terzo caso si hanno frequentemente, per dirne alcuni: il morbo di Osgood Schlatter e quell'osteofite tibiale del ginocchio valgo che abbiamo innanzi ricordato.

Questi tre periodi delle conseguenze funzionali sono matematicamente sostenuti dalla seguente legge:

« nei limiti di elasticità l'allungamento che un corpo subisce per effetto di uno sforzo di trazione:

« è proporzionale al carico;

« è proporzionale alla lunghezza originale del solido;

« è inversamente proporzionale alla sezione del solido stesso ».

Per ciò se per effetto di un carico P in Kg. applicato ad un corpo lungo L m/m ed avente una sezione S in m/mq esso, pur rimanendo nel campo della elasticità, si allunga di l m/m, indicando con $\frac{1}{E}$ un coefficiente di proporzionalità dipendente dalla natura del corpo su cui lo sforzo agisce, per la legge sopra ricordata risulta

$$l = \frac{1}{E} \frac{P}{S} L$$

Questo per il primo periodo, e cioè quando gli allungamenti sono proporzionali ai carichi, e nel quale caso, al cessar della causa che le ha prodotte, cessano le alterazioni morfologiche ed il solido riprende la sua forma primitiva (deformazioni elastiche); per esempio l'appiattimento della spina tibiale nelle artrodesi del ginocchio e nelle paralisi del quadricipite.

Il secondo è caratterizzato da quegli allungamenti che crescono in ragione molto maggiore dei carichi, come nel caso presentato in radiografia; il solido non riprende più la sua forma primitiva al cessar della causa (deformazione permanente).

Nel terzo periodo, aumentando più ancora il carico, si intende nel nostro caso carico di trazione, si ha il così detto carico di rottura, sotto il quale il corpo si rompe, come negli esempi già citati.

Coordinando sempre queste elementari leggi di matematica con gli spontanei adattamenti strutturali e morfologici dello scheletro, come degli altri tessuti, risulterà sempre la giustificazione precisa delle esostosi passive o funzionali, con chiara indicazione del trattamento curativo.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

SANATORIO CROCE ROSSA ITALIANA
EREMO DI LANZO.

Le emottisi ed il loro trattamento.

Dott. FRANCESCO ROSSI, capo reparto.

In base alle statistiche si deve ritenere che nel 95 % dei casi le emottisi sono la conseguenza di un processo tubercolare del polmone: sarebbe tuttavia imprudente, ogni qual volta l'esame dell'apparato respiratorio coi mezzi plessici, ascoltatori e radiologici escluda la presenza di un tale processo, fondare una diagnosi di tubercolosi polmonare soltanto sul sopravvenire di un'emottisi.

Bisognerà anzitutto accertarsi con opportuna ispezione che la sede non si trovi nelle vie aeree superiori, essendo ben noto come non raramente emorragie del naso, con deflusso nel retrobocca od anche varici del faringe o della lingua apertesi improvvisamente abbiano, simulando un'emottisi, condotto a diagnosi errate.

E neppure le emorragie delle vie aeree inferiori possono deporre con sicurezza per una tubercolosi del polmone: è risaputo infatti come esse non manchino a volte nelle bronchiettassie, negli infarti emorragici, nella cancrena del polmone, nella rottura di cisti idatidee, nell'attinomicosi e nel cancro e come queste emorragie non possano sempre, per sè stesse, essere distinte da quelle di origine tubercolare. Per quanto queste ultime costituiscano la stragrande maggioranza, la possibilità di errori con quelle altre, toglie all'emottisi il valore patognomonico nei confronti della tubercolosi. Quanto poi alle emottisi vicarie che si manifestano nelle donne verso il periodo mestruale, qualora non si tratti di emorragie delle vie aeree superiori, cosa abbastan-

za frequente, la tubercolosi è, secondo Baumgarten, quasi sempre in gioco.

Parrebbe, a prima vista, che l'entità o la frequenza delle emottisi in un dato soggetto potessero guidare all'accertamento della forma clinica della tubercolosi che ne è causa: giova però osservare che se è vero che le forme caseose per la maggior distruzione di tessuto polmonare e conseguente lesione dei vasi possono, qualora la trombosi non preceda, dare frequenti emottisi, le forme ad andamento fibroso, per la ipertensione quasi costante del sistema vasale portano alle stesse conseguenze; anzi le statistiche segnerebbero una piccola maggioranza a favore di queste ultime forme.

Si deve però ritenere che le emottisi lievi e frequenti siano più proprie del primo periodo dell'infezione, mentre quelle imponenti e a volte anche mortali appartengono piuttosto al periodo cavitario.

Parimenti errato sarebbe riputare la manifestazione di una emottisi indice o conseguenza della riacutizzazione di un processo tubercolare in atto. Chi abbia seguito un certo numero di tali casi si sarà certamente convinto come ben raramente un risveglio di focolai tubercolari sopiti, od una riacutizzazione di quelli in regolare evoluzione soglia precedere o seguire un'emottisi. In linea generale essa non modifica l'andamento della malattia, se si eccettua il caso in cui abbia esito letale, cosa abbastanza rara, o, meno raro, dia luogo ad una disseminazione nel polmone di materiale infetto con susseguente trapianto dell'infezione o ad una bacilliemia con eventuale esito in una miliare acuta.

Tali eventualità, per quanto fortunatamente non costituiscano la regola, sono da tenere sempre presenti e devono indurre il medico ad essere cauto nel suo prognostico immediato, tanto più che la evenienza di una disseminazione o di una bacilliemia non sta affatto in rapporto coll'entità dell'emottisi: la presenza dei bacilli di Koch essendo abbastanza frequente nel sangue emesso nelle emottisi anche non abbondanti.

È ancora diffuso il preconcetto che emottisi lievissime e frequenti siano indice di un decorso benigno dell'infezione tubercolare: forse ciò è dovuto al fatto che tale andamento si manifesta più facilmente in soggetti ipertesi, nei quali, come è noto, la sclerosi più frequentemente viene raggiunta: pare tuttavia avventato attribuire un valore di buon prognostico a tale fatto se si tiene presente che ogni emottisi può cagionare la diffusione dell'infezione stessa.

Raramente un'emottisi conduce a morte per dissanguamento e rarissimamente per soffocazione interna, essa agisce però sempre profondamente sul morale dell'ammalato che ne è colpito e fa sì che duri lungo tempo a rimettersi dall'incubo d'una recidiva. Essa può insorgere all'improvviso senza alcun segno prodromico; più spesso, e particolarmente dai soggetti recidivi che ben ne spiano e rilevano i segni, è preavvertita per un vago senso di malessere, oppressione, tachicardia, nausea e disturbi vasomotori. Nè mancano spesso sintomi locali quali un senso di pizzicore, bruciore o puntura. L'autore ha potuto convincersi che vi è in generale sufficiente approssimazione topografica fra il punto cui l'ammalato riferisce il fatto e quello rilevato coll'ascoltazione.

Il sangue di colore rosso vivo, può essere emesso in piccola quantità commisto a sputo, o a piene boccate e a volte raggiungere in pochi minuti la quantità di un litro ed anche di più: il respiro nei casi gravi diventa difficile per la presenza del sangue nell'albero respiratorio, la tosse compare quasi subito e se da un lato coll'espulsione del sangue dai bronchi solleva il paziente, per le violente oscillazioni di pressione che provoca fa sì che l'emottisi più facilmente continui. La durata di questa è molto varia, nè essa presenta segni che permettano previsioni al riguardo: a volte il fatto si ripete ad intervalli più o meno lunghi con una insistenza che pare ribelle ad ogni trattamento. Cessata l'emorragia, gli sputi sanguigni tendono a farsi più radi: nei casi imponenti e per lo più a capo di qualche giorno, si può avere l'emissione di coaguli nerastri, dovuti al sangue che si è rappreso nei bronchi: lo sputo va man mano assumendo un color ruggine, finchè tutto ritorna al normale.

La febbre, molto frequente, inizia in generale al secondo o terzo giorno e deve rendere più cauta la prognosi.

Localmente compaiono segni semeiologici non dubbi; soltanto in casi molto imponenti la rapida invasione di gran parte delle vie respiratorie da parte del sangue richiamatovi dalle profonde inspirazioni che precedono la tosse, può rendere impossibile la identificazione della sede. L'esame del paziente è estremamente difficile e per la forzata brevità e la necessità di risparmiare all'ammalato ogni movimento, riesce piuttosto incompleto. La percussione deve essere lievissima, o, meglio ancora, tralasciata, perchè può recare gravi danni, mentre per lo più non fornisce che segni di poca importanza. All'ascoltazione, praticata in primo tempo, si nota la comparsa

di numerosi rantoli crepitanti e sottocrepitanti: ricercando, con molta prudenza, il fremito vocale tattile, esso in generale non appare modificato. Continuando l'emottisi, il focolaio primitivo va man mano estendendosi apparentemente, cosicchè resta poi impossibile determinarne il punto di origine; a volte alla base del polmone interessato compaiono, abbastanza per tempo, numerosi rantoli analoghi a quelli del focolaio emorragico, senza che siano accompagnati da ipofonesi alla percussione.

L'esame precoce dell'ammalato, allo scopo di identificare il lato del focolaio, non deve, quando sia possibile, essere tralasciato e ciò perchè, fallendo i comuni mezzi terapeutici fisico-chimici, si potrà nei casi piuttosto gravi od insistenti, ricorrere, se possibile, al pneumotorace emostatico. Trattandosi di pazienti già da tempo in cura, l'esame può essere superfluo qualora la lesione sia nettamente monolaterale, ma di fronte a casi nuovi occorre farlo quanto più presto, perchè in seguito il sangue invadendo frequentemente, in conseguenza della tosse, anche le vie respiratorie del lato non colpito, dà origine a fatti plessici e stetoscopici che lasciano incerti sulla sede del focolaio emorragico.

Cause immediate di emottisi possono essere tutti quei fatti che valgono ad aumentare la congestione polmonare o la pressione sanguigna. Per quanto riguarda i fatti congestizi, devesi richiamare l'attenzione sopra alcune cure di insolazione eseguite fuori proposito, o senza il dovuto controllo medico, od in pazienti affetti da forme che presentano spiccata incompatibilità per tale genere di cura: in queste circostanze tali trattamenti molto spesso fanno capo a non lievi emottisi.

Il clima ha notevole importanza: il mare e montagna (sopra gli 800 m. circa) favoriscono molto spesso le emottisi; così dicasi per gli improvvisi cambiamenti delle condizioni meteorologiche e per le variazioni della pressione atmosferica: il modo di agire di questi fattori non è però ben conosciuto.

Alcuni medicinali (iodio, arsenico, guaiacolo e creosoto) sono stati imputati di azione emottoica; all'autore non è stato possibile riscontrare tale proprietà in nessun caso. La maggior parte dei tubercolotici più sotto elencati veniva sottoposta a cura di iodio e guaiacolo: ora tanto la sospensione che la ripresa della cura non dimostrarono mai apparenti modificazioni nell'andamento delle emottisi. In alcuni soggetti, notoriamente emottoici, la cura iodica od arsenicale venne di proposito intensificata, senza che perciò le emottisi fossero più frequenti o più abbondanti.

Altre cause occasionali, in relazione coll'aumento della pressione del sangue, sono le emozioni, gli strapazzi fisici dovuti ad eccessivo lavoro muscolare, gli errori dietetici, più frequenti nei periodi di miglioramento e dovuti ben spesso ad esagerata alimentazione; l'abuso degli alcoolici, le veglie, i balli, gli eccessi sessuali, il canto ed il soverchio parlare specialmente a voce alta.

Le gravi conseguenze cui può condurre la emottisi impongono il pronto intervento del medico, tanto più sollecito in quanto il morale del colpito è sempre profondamente depresso.

Egli porterà anzitutto un po' di calma fra lo scompiglio che suole circondare tali infermi; prescriverà il riposo più assoluto, il silenzio e farà tenere al paziente una posizione semi-supina: esigerà una dieta rigorosa e, se sarà il caso, combatterà la tosse colla morfina.

I sussidi terapeutici atti a frenare l'emottisi sono, stando ai trattati, assai numerosi: essi possono essere fisici o chimici. Appartengono ai primi le applicazioni calde agli arti o quella di lacci emostatici, allo scopo di scaricare il piccolo circolo, provocando congestioni attive o passive locali: le applicazioni di borse di ghiaccio al petto, da taluno ancora usate, devono essere totalmente abbandonate perchè più moleste che utili. Agli agenti fisici appartiene anche il pneumotorace emostatico, mezzo assai efficace, e di cui verrà detto più avanti.

Numerosissimi i farmaci, ma in gran parte fallaci: l'utilità dei sali di calcio fu riscontrata dall'autore più frequentemente in quelle forme di emottisi lievi ma assai ostinate; però l'azione non si manifesta che a distanza e cessa rapidamente se l'uso ne viene interrotto: esso si è pure dimostrato efficace, usato come preventivo, contro quelle lievi emottisi che sogliono spesso accompagnare il periodo mestruale nelle tubercolotiche; in tali casi lo si prescrive sotto forma di cloruro alla dose di due grammi pro die a cominciare da una diecina di giorni innanzi al periodo mestruale per sospenderlo alla fine del medesimo. Questo trattamento ha poi il vantaggio di trovare una speciale indicazione nella tubercolosi a cui, come è noto, si accompagna una profonda demineralizzazione dell'organismo che deve essere energicamente combattuta. Vi è chi consiglia per l'emostasi i purganti salini ad alte dosi, coll'intento di provocare una intensa congestione nel circolo intestinale, e, data la sua estensione, un rapido abbassamen-

to di pressione nel circolo polmonare. All'atto pratico non riesce però facile, in simili condizioni, indurre il paziente ad ingerire grandi quantità di liquido, d'altra parte lo stomaco, forse in conseguenza della tosse ostinata, si dimostra più che mai intollerante ed è facile arguire a quali estreme conseguenze si ridurrebbe l'ammalato se si provocassero conati di vomito. Si potrebbe ricorrere alla via rettale, ma l'effetto sarebbe assai meno sensibile, mentre le manovre che si renderebbero necessarie non sarebbero meno pericolose.

Nelle tabelle che seguono sono riportati i risultati ottenuti dall'autore nel trattamento di 63 casi, raccolti in gran parte nel Sanatorio C. R. I. - Eremo di Lanzo negli anni 1920-21-22, comprendenti varii gradi di emottisi: essi si riferiscono all'azione emostatica esplicata dall'emetina, gelatina, estratti lipoidei, adrenalina, ergotina, siero normale di cavallo ed infine dal pneumotorace emostatico.

TABELLA I.

	NOME	Grado	Emetina	Gelatina	Estratti lipoidei	Adrenalina	Ergotina	Siero normale	Pneumotorace
1	F. Davide	III	—	—	—	—	—	—	—
2	R. Giovanni	III	N.	—	—	N.	N.	O.	—
3	R. Erminio:e	III	—	N.	—	N.	—	N.	O.
4	B. Mario	I	B.	N.	—	N.	—	—	—
5	S. Luigi	I	—	—	B.	—	N.	—	—
6	A. Ettore	I	—	N.	M.	N.	—	—	—
7	M. Dario	I	N.	—	—	—	M.	—	—
8	D. Pietro	II	N.	N.	—	N.	—	O.	—
9	I. Giuseppe	I	M.	—	—	N.	—	—	—
10	T. Francesco	II	—	N.	—	N.	—	B.	—
11	A. Natale	I	—	N.	—	N.	—	O.	—
12	W. Enrico	I	—	N.	—	N.	M.	—	—
13	M. Emilio	I	—	—	B.	—	N.	—	—
14	G. Silvio	I	B.	—	—	N.	—	—	—
15	S. Michele	I	N.	—	—	N.	M.	—	—
16	C. Gaspare	II	N	—	N.	—	—	B.	—
17	P. Giovanni	I	—	N.	M.	—	—	—	—
18	D. Bruno	II	—	N.	—	N.	—	B.	—
19	C. Attilio	I	M.	—	N.	—	N.	—	—
20	C. Coriolano	II	M.	—	—	N.	—	—	—
21	B. Michele	I	B.	—	N.	—	—	—	—
22	M. Ernesto	II	B.	—	N.	N.	—	—	—
23	A. Giovanni	II	N.	—	N.	—	N.	O.	—
24	G. Battista	II	—	N.	—	—	—	—	O.
25	C. Domenico	I	—	N.	B.	—	N.	—	—
26	B. Aldo	I	N.	—	N.	—	—	B.	—
27	F. Giuseppina	I	—	—	B.	—	—	—	—
28	B. Eugenia	II	N.	—	N.	—	B.	—	—
29	E. Antonietta	I	B.	—	N.	—	N.	—	—
30	B. Noemi	II	N.	—	N.	—	N.	B.	—
31	C. Assunta	I	—	N.	M.	—	B.	—	—
32	C. Maria	II	—	—	N.	B.	N.	—	—

TABELLA II.

	NOME	Grado	Emetina	Gelatina	Estratti lipoidei	Adrenalina	Ergotina	Siero normale	Pneumotorace
33	F. Pietro	I	N.	—	N.	—	M.	—	—
34	C. Giacomo	I	M.	—	N.	N.	—	—	—
35	M. Marco	II	N.	—	—	N.	N.	O.	—
36	R. Mario	II	—	N.	—	N.	N.	O.	—
37	B. Mario	II	—	—	M.	—	N.	—	—
38	C. Alfredo	II	N.	—	N.	—	—	O.	—
39	P. Eraldo	II	—	N.	—	N.	—	M.	—
40	M. Giulio	II	B.	—	—	N.	—	—	—
41	A. Alberto	II	—	M.	—	—	N.	—	—
42	T. Giuseppe	II	—	N.	—	—	M.	—	—
43	S. Giuseppe	II	N.	—	—	M.	—	N.	—
44	B. Ferdinando	I	M.	—	—	—	—	—	—
45	C. Mario	I	M.	—	—	—	N.	B.	—
46	C. Nicolao	II	—	M.	—	—	N.	—	—
47	T. Federico	II	—	—	M.	N.	—	—	—
48	G. Luigi	II	—	M.	N.	—	—	B.	—
49	B. Giovanni	I	M.	N.	—	—	—	—	—
50	A. B. Antonio	II	—	—	N.	—	M.	N.	—
51	P. Domenico	II	—	N.	—	—	—	O.	—
52	B. Michele	II	B.	N.	—	N.	—	—	—
53	M. Guido	I	—	—	M.	—	N.	—	—
54	D. Silvio	III	—	N.	N.	—	—	B.	—
55	B. Tommaso	II	—	N.	—	N.	—	M.	—
56	C. Manlio	II	N.	—	N.	N.	—	O.	—
57	B. Giovanni	II	—	N.	—	N.	—	—	O.
58	P. Teresa	I	—	—	—	—	M.	—	—
59	M. Domenica	I	M.	—	—	N.	N.	—	—
60	C. P. Maria	II	—	—	M.	—	—	—	—
61	B. Severina	II	N.	—	—	N.	—	N.	O.
62	C. Maddalena	I	—	—	M.	N.	—	—	—
63	V. Ida	II	N.	—	M.	N.	—	—	—

I farmaci furono somministrati tutti alle massime dosi consentite e per via ipodermica, fatta eccezione per il siero di cavallo pel quale fu usata esclusivamente la via endovenosa.

Le emottisi sono state divise (necessariamente con criterii empirici) in tre gradi: il 1° comprende quelle caratterizzate da semplici sputi sanguigni e che compaiono per lo più ad intervalli; il 2° riguarda quelle in cui il sangue, emesso a fiotti, non supera approssimativamente i 250 a 300 c.c. giornalieri; nel 3° grado sono riunite forme più gravi.

La prima tabella comprende soggetti affetti da tubercolosi polmonare a tendenza fibrosante, la seconda soggetti colpiti da forme tendenti al rammollimento; il risultato ottenuto è segnato in corrispondenza al mezzo usato colle lettere: N = nullo; M = mediocre; B = buono; O = ottimo.

Lo siero normale di cavallo, per via endovenosa, si è confermato il farmaco di elezione; il risultato è stato positivo nell'85 % dei casi ed, in generale, ottimo e sollecito. Ad esso si fece ricorso in casi di media gravità, spesso dopo che gli altri rimedi si erano mostrati insufficienti. Per quanto il risultato si mostrasse già evidente dopo la seconda iniezione, ne furono sempre praticate tre di 10 cc. (eccetto nel caso n. 35 in cui ne furono fatte tre di 15 cc.) alla distanza di 24 a 48 ore, secondo la gravità del caso, nè si ebbero mai a lamentare manifestazioni anafilattiche (se si eccettui un'eruzione di orticaria al n. 56) quantunque alcuni soggetti (10 - 35 - 39 - 45) fossero stati, prima di entrare in sanatorio, sottoposti a sieroterapia. Non sarà tuttavia superfluo ricordare come ottima precauzione per evitare di incorrere in fenomeni da siero, la

TABELLA RIASSUNTIVA.

	Emetina		Gelatina		Estratti lipoidei		Adrenalina		Ergotina		Siero normale		Pneumotorace	
TAB. I.	Casi 17		Casi 12		Casi 17		Casi 15		Casi 14		Casi 10		Casi 2	
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−
	8	9	0	12	7	10	1	14	5	9	9	1	2	0
TAB. II.	Casi 14		Casi 12		Casi 12		Casi 16		Casi 11		Casi 13		Casi 2	
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−
	7	7	3	9	6	6	1	15	4	7	11		[illegible]	0
RISULTATO COMPLESS.	Casi 31		Casi 24		Casi 29		Casi 31		Casi 25		Casi 23		Casi 4	
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−
	15	16	3	21	13	16	2	29	9	16	20	2	4	0

Nell'ultima tabella si trovano riuniti complessivamente sotto la denominazione (+) i risultati mediocri, buoni ed ottimi ottenuti, e sotto la denominazione (—) i negativi. Appare a prima vista come non vi sia notevole differenza nel comportamento di fronte ai mezzi terapeutici tra le forme fibrose e quelle caseose. Dai mezzi fisici che, tolta l'applicazione di lacci, furono costantemente usati, non si ebbe che in rare circostanze qualche apprezzabile risultato. La gelatina e l'adrenalina si mostrarono, nella grandissima maggioranza dei casi, inattive; mentre l'ergotina diede risultati, per lo più mediocri, nel 34 % dei casi in cui fu adoperata; gli estratti lipoidei e la emetina agirono nello stesso modo ma con una percentuale maggiore (50 %).

iniezione, a scopo di saggio, di circa 1/10 di cc. del siero che si vuole adoperare; qualora non si manifestino nelle prime sei ore successive fenomeni di anafilassi, si potrà ricorrere alla iniezione a scopo terapeutico.

Non potendo, per l'urgenza dell'intervento, attenersi a tale precauzione, sarà sufficiente far uso di quantità di siero abbondanti (non meno di 10 cc. per via endovenosa) col che si ottiene, in generale, lo stesso scopo. Tale fu appunto il metodo seguito dall'autore in 17 casi con risultati soddisfacentissimi.

Dei 63 casi sopra citati uno solo (il primo) ebbe al quinto giorno esito letale; l'emottisi si manifestò subito così violenta (circa 3 litri nelle prime 24 ore) che non era difficile prevedere l'insuccesso dei mezzi farmaceutici i

quali furono impiegati soltanto per sostenere la fiducia del paziente; per questo motivo non figurano nella tabella. Per l'esistenza di una estesa sinfisi pleuro-polmonare non fu neppure possibile intervenire con un pneumotorace emostatico, come fu fatto, con risultato completo ed immediato, in tutti quegli altri casi in cui la gravità faceva prevedere l'insufficienza dei farmaci e non esistevano controindicazioni tecniche. Il pneumotorace infatti agisce meccanicamente, quasi come un diretto tamponamento della ferita; e ciò rende ragione del suo successo immediato; la sua indicazione è tuttavia soggetta a molte limitazioni ed i pericoli che si affrontano in tale intervento sono ben maggiori di quelli che si incontrano nella costituzione di un pneumotorace terapeutico e derivano in parte dal fatto che l'immobilità cui il paziente è condannato pone il medico nella impossibilità di esaminarlo come vorrebbe per scegliere il punto più opportuno per l'intervento; a volte poi l'ambiente disadatto, la mancanza di adeguata assistenza e l'urgenza dell'intervento non permettono all'operatore di conservare quella perfetta calma che sarebbe desiderabile.

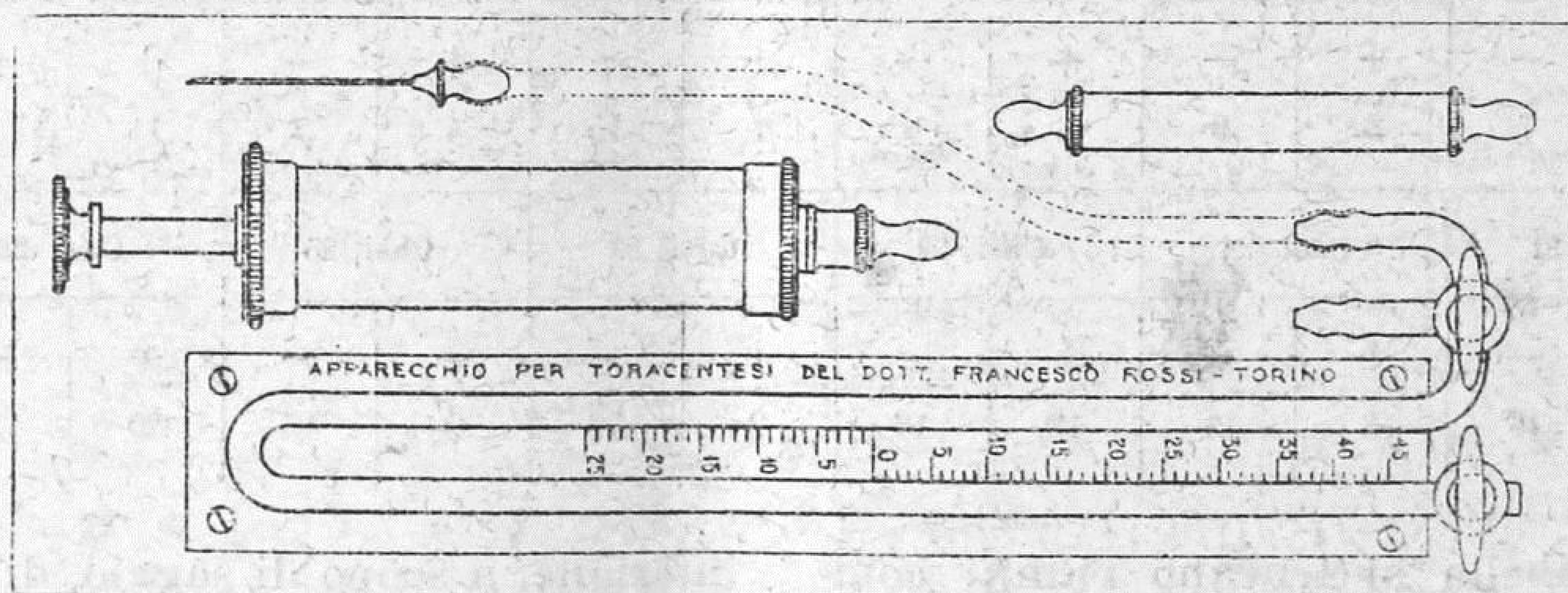
Altre e più gravi difficoltà provengono dalle condizioni fisiche del paziente: il respiro frequente e superficiale fa sì che, quando anche si è raggiunto coll'ago lo spazio intrapleurico, le oscillazioni manometriche sono assai più brevi e frequenti di ciò che normalmente accade e lasciano quindi all'operatore il dubbio di trovarsi al di qua o al di là di tale spazio o magari in corrispondenza di un vaso e lo obbligano spesso a ricerche inutili, difficili e a volte anche dannose.

Meglio in tali casi ricorrere subito alla spremitura del tubo, come fu proposta già dal Forlanini per gli altri casi e studiare, sotto il controllo manometrico, il comportamento della bolla che si è formata.

Nei quattro casi in cui l'autore intervenne, trovò sempre superfluo attendere che il gas penetrasse in primo tempo passivamente, per aspirazione: l'elasticità del polmone, forse per la presenza di molto sangue nelle vie respiratorie, dato che, come si disse, si trattava sempre di casi imponenti, era talmente compromessa che lo scollamento delle pleure non potè avvenire che attivamente, sotto la pressione del gas, benchè si trattasse di casi in cui la pervietà della pleura era stata clinicamente e ripetutamente accertata, prima che avvenisse l'emottisi.

In vista di tali difficoltà e del pericolo di un'embolia gassosa, sarà tanto più consigliabile in questi casi far uso, se possibile, anzichè dell'azoto, dell'ossigeno, perchè essendo tale gas facilmente fissabile dall'emoglobina, un eventuale embolo non può arrecare gravi conseguenze. In mancanza di ossigeno sarà meglio ricorrere all'aria atmosferica perchè in tal caso l'embolo che si formasse verrebbe, per l'assorbimento dell'ossigeno, a ridursi di un quinto e questo solo fatto potrebbe, in alcuni casi, diminuire la gravità delle conseguenze di un'embolia.

L'autore ha descritto (*Il Policlinico*, Sezione Pratico, anno 1922) e fatto costruire un apparecchio di minime dimensioni (28 × 10 × 6,5) che, mentre serve egregiamente alla toracentesi combinata, risponde perfettamente alla costituzione di un pneumotorace emostatico coll'impiego dell'aria ambiente filtrata. L'apparecchio, colle sue ultime modificazioni, è riprodotto schematicamente nella unita figura.



La pompa è, attraverso un filtro metallico, in comunicazione col porta gomma inferiore del robinetto a tre vie: l'altro porta gomma è raccordato all'ago. I due robinetti servono esclusivamente ad impedire che il liquido manometrico si spanda durante il trasporto, e nel funzionamento quello della branca libera sarà tenuto aperto, mentre quello a tre vie verrà disposto in modo da permettere contemporaneamente le tre comunicazioni, nè richiederà alcuna manovra durante l'insufflazione. Una valvola, situata nella pompa, impedisce ogni diretta comunicazione tra l'ago e l'aria ambiente. Raggiunto, sotto il controllo del manometro, lo spazio pleurico, non oc-

correrà altra manovra che quella della pompa, ad ogni colpo della quale 25 cc. di aria filtrata raggiungeranno lo spazio intrapleurico. Durante il funzionamento della pompa, il manometro segna la pressione con la quale l'aria viene introdotta: appena cessata la pressione sulla pompa, il manometro dà, automaticamente, *senza la solita manovra della chiavetta a tre vie*, le oscillazioni della pressione intrapleurica. Tale semplicità di funzionamento rende il medico indipendente dall'aiuto di altre persone, mentre le ridottissime dimensioni dell'apparecchio fanno sì che egli non se ne debba separare per affidarne ad altri il trasporto.

Se, durante la insufflazione, il manometro tende a raggiungere valori elevati in seguito ad introduzioni di quantità di gas non molto grandi (100 a 150 cc.), bisogna ritenere che il collasso del polmone non si potrà ottenere che a fatica ed occorre agire con molta prudenza. Può avvenire che in tale periodo l'ammalato emetta una quantità di sangue anche maggiore: tre volte su quattro l'autore ha constatato che ciò rappresentava un buon segno prognostico agli effetti della costituzione del pneumotorace e che era la prima conseguenza della compressione del polmone, la quale infatti si rendeva dopo ciò più agevole, come veniva confermato dal comportamento del manometro il quale non segnava più che innalzamenti moderati per volumi di aria di 300 a 500 cc.

Per quanto riguarda la quantità di gas da introdurre in ogni singola insufflazione, non si possono fissare limiti esatti poichè essa dipende principalmente dalla maggiore o minore ampiezza del pneumotorace che va costituendosi; nei casi sopra citati non fu mai tenuta, nel primo intervento, inferiore ai 600 cc. In un caso (n. 3) il cui risultato tardava a manifestarsi, la quantità del gas fu portata, nelle 24 ore, a 1500 cc. e ciò permise di frenare l'emottisi senza gravi disturbi respiratori a carico del paziente; forse anche per il fatto che questi non risente gravi inconvenienti dalla immobilizzazione, anche rapida, di un polmone che al momento ha già in parte cessato di funzionare.

Più che il volume del gas introdotto, è importante l'andamento della pressione pleurica e perciò essa deve essere continuamente sorvegliata durante tutta la introduzione.

In tutti quattro i casi in cui l'autore ebbe occasione di applicare il pneumotorace emostatico risultò, a parità di referto semeiologico, un comportamento da parte del polmone alquanto diverso da quello che si ha in simili operazioni a scopo terapeutico. Per quanto di necessità il numero dei casi presi in esame sia piccolo, egli ritiene che le osservazioni fatte, se pure non possano portare a conclusioni di un valore assoluto, non siano, per la costanza con cui i fatti si ripeterono, di poca importanza. In base a questi, nella costituzione di un pneumotorace emostatico non valgono in via assoluta i criterii che regolano la costituzione di un pneumotorace terapeutico: in questo infatti si trova (nei casi di pleura pervia) all'inizio una pressione che oscilla tra i valori di — 5 e — 10, mentre con introduzioni di 500 cc. la pressione non sale al valore medio dello zero. Nell'intervento a scopo emostatico, pur trattandosi di pleura accertata pervia (e la pervietà fu anche in un caso confermata più tardi dal reperto necroscopico) la pressione in generale non discese, in primo tempo, al disotto di — 3, mentre salì rapidamente a valori positivi al principio della insufflazione, per discendere poi a valori più bassi verso la fine della medesima. Ciò, verosimilmente, è dovuto al fatto che mentre nel primo caso il polmone per la sua elasticità si comporta attivamente, provocando la aspirazione del gas, nel secondo caso ciò o non avviene, o accade in così lieve misura che il collasso del polmone si ottiene quasi soltanto, in primo tempo, sotto la pressione del gas. Tale comportamento può derivare da due cause che agiscono contemporaneamente: la presenza di molto sangue nelle vie respiratorie, come nei casi sopra citati l'imponenza dell'emottisi, accompagnata da tosse violenta, e le modificazioni plessiche sopravvenute facevano arguire fosse accaduto, ed il fatto che le escursioni diaframmatiche molto ridotte facevano sì che la pressione intrapleurica raggiungesse valori meno bassi del normale.

L'arresto dell'emottisi avvenne in un caso (57) durante la costituzione del pneumotorace stesso: in altri due casi non si ebbe dapprima che una diminuzione assai sensibile della quantità di sangue e l'arresto definitivo avvenne in capo a qualche ora; nel caso del n. 3 occorsero tre introduzioni di 700 c.c. cadauna per raggiungere l'intento nelle 24 ore.

Fissare i limiti di pressione entro cui il pneumotorace emostatico si debba contenere, non è cosa agevole, troppi essendo i fattori da cui essi dipendono. La presenza di zone di aderenze pleuro-polmonari, qualora addirittura non costituisca una contro indicazione tecnica, può costringere l'operatore a pressioni di +20 a +25 per ottenere un successo relativo e che in generale non è duraturo, perchè in seguito a parziale scollamento delle pleure od a cedimento di qualche briglia aderenziale, o a

riassorbimento di gas, la pressione si abbassa rapidamente e l'emottisi riprende il suo corso. In tali casi i rifornimenti, non potendo essere che di piccolo volume, dovranno essere assai frequenti e la pressione finale potrà essere tenuta tra i+15 a+20 cm. di acqua, sempre che non sia causa di cardiopalmo o di accentuata dispnea.

Nei casi in cui il polmone è libero, occorre, per arrestare l'emottisi, raggiungere una pressione lievemente positiva: qualora però le condizioni del paziente lo permettano, sarà bene tenersi alquanto al di sopra di tale valore per evitare che l'abbassamento di pressione che deriva dall'assorbimento del gas da parte delle pleure, abbastanza sensibile al principio, segni la ripresa dell'emottisi. Se per l'emostasi è stato impiegato l'ossigeno, il primo rifornimento (che naturalmente dovrà essere fatto con aria od azoto) dovrà avvenire a non oltre 10 ore di distanza, anche se si è terminata l'introduzione con una pressione piuttosto elevata; e ciò perchè tale gas si riassorbe con estrema facilità: nei casi in cui si fece uso dell'aria atmosferica, si può attendere circa 18 ore, e 24 per quelli in cui si è ricorso all'azoto: è superfluo dire che tali dati hanno soltanto un valore approssimativo e che è necessaria la più grande sorveglianza del paziente per essere pronti ad ogni ulteriore intervento.

Il tempo che il pneumotorace emostatico deve durare per dar agio alla ferita di rimarginarsi dipende dalla più o meno grande rapidità con cui avvengono i processi di riparazione ed anche, evidentemente, dalla entità della ferita stessa: non è quindi possibile un sicuro giudizio al riguardo. Tenuto conto però che in simili condizioni il collasso del polmone non potrà, in generale, che arrecare vantaggio al paziente, non si avrà soverchio timore di eccedere in lunghezza: l'autore si è tenuto fra i limiti di 1 a 3 mesi, a seconda della gravità del caso, con rifornimenti di azoto a 20 giorni o di aria a 15 di intervallo, lasciando in seguito che coll'assorbimento del gas l'espansione del polmone avvenisse gradatamente. In seguito a tale trattamento in nessun caso si ebbe anche un solo accenno di ricomparsa dell'emottisi.

Riassumendo si può ritenere che ai *mezzi fisici*, quantunque pochissimo efficaci, si debba sempre ricorrere (senza però escludere il sollecito impiego degli altri) sia perchè sono quelli di cui più facilmente nella pratica si dispone, sia per il fatto che, per le loro apparenze, giovano assai al morale del tubercolotico.

La *gelatina* e l'*adrenalina* non danno che ben raramente qualche vantaggio e perciò non meritano fiducia.

Il *cloruro di calcio* è molto giovevole nelle forme lievi e protratte e si dimostra anche di una non trascurabile azione preventiva, bisogna però che sia somministrato a lungo.

L'*emetina*, gli *estratti lipoidei* e, in grado assai minore, l'*ergotina*, possono essere impiegati nei casi lievi con vantaggio; nei casi di gravità media o non agiscono, o non danno che un effimero successo ed in ogni caso la loro azione è alquanto tardiva.

Lo *siero normale di cavallo*, per via endovenosa è, tra i farmaci, il più attivo e quest'azione è pronta ed abbastanza sicura, anche nei casi di gravità media; la sua efficacia non può, naturalmente, estendersi ai casi gravi.

Dei numerosi prodotti messi recentemente in commercio e indicati come specifici contro l'emottisi, alcuni presentano una composizione chimica assai affine a quella del farmaci di cui fu sopra discorso ed è lecito supporre che la loro azione farmacologica non ne sia molto diversa: altri se ne staccano nettamente, ma di essi, per insufficiente numero di esperimenti, non può essere fatto cenno nel presente lavoro.

Il *pneumotorace emostatico* è indubbiamente l'arma più potente e più sicura: sfortunatamente, per le condizioni fisiche del paziente troppo esiguo è il numero dei casi in cui può essere impiegato e la sua tecnica è piuttosto difficile; ad esso si deve tuttavia ricorrere ogni qualvolta, non esistendo controindicazioni, gli altri mezzi siano falliti o, per la gravità del caso, sia lecito prevederne la insufficienza.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE « S. CAMILLO » - COMACCHIO.

L'infezione malarica nella chirurgia.

Dott. MANLIO MONTANARI, chirurgo primario.

Nel fascicolo 16 del *Policlinico* (Sezione pratica) dell'anno in corso, nella rubrica « Note e Contributi », il Marogna, riportando le conclusioni a cui è giunto il Cioffi in un suo lavoro sull'infezione malarica nella Chirurgia, comparso nel fascicolo 5° dell'Archivio Italiano di Chirurgia, ricorda una sua pubblicazione del 1909 ed aggiunge che « nè due, nè undici casi di osservazioni possono stabilire leggi in natura, ma i fatti singoli sono utili per trarne deduzione di grande importanza ». Per tale considerazione riferisce due casi dimostrativi.

***

Per le peculiari condizioni in cui mi trovo esercitando da circa 2 anni la chirurgia in una zona eminentemente malarica credo che anche il contributo che posso portare io abbia un certo valore. Non già per rendere noto ciò che è a cognizione di tutti i medici e specialmente di quelli che sono stati in zone malariche, che molteplici sono le cause che possono risvegliare una malaria latente, ma per riconfermare con un discreto numero di osservazioni (38) quanto frequente sia il rapporto fra operazione chirurgica e recidiva malarica, rapporto che secondo il Cioffi sarebbe tutt'altro che dimostrato.

Fin dai primi tempi della mia attività chirurgica in questo Ospedale ero stato colpito dal fatto, impressionante alle volte, che dopo un intervento qualsiasi, vedevo insorgere temperature elevatissime, a distanza variabile di tempo, con brividi più o meno intensi, accompagnati da cefalee violente, e qualche volta con vomito; e se dapprima fui indotto a temere (dato l'ambiente nuovo e poco organizzato chirurgicamente) che la causa della febbre fosse dovuta al fattore settico, ben presto, avendo sempre avuto guarigione per prima, mi orientai diversamente pensando che tale piressia fosse determinata dal risveglio di malaria latente. L'interrogatorio degli ammalati, la terapia chininica subito adottata e le opinioni concordi dei Colleghi confermarono l'ipotesi.

Troppo lungo sarebbe stato riportare le singole storie cliniche; ho desunto dalle cartelle cliniche 1921-1922 i casi tipici e li ho divisi in tanti gruppi (vedi tabella) a seconda della loro provenienza, della professione, della narcosi subita, della malattia per cui sono stati operati, della distanza di tempo intercorsa fra intervento e insorgenza della febbre, del grado raggiunto e infine della data dell'infezione primitiva.

Luogo di provenienza	Dalle frazioni e paesi minori 20	Dalla Città 18		
Professione	Contadini 17	Operai 12	Vallanti 5	Barcaiuoli 4
Narcosi	Morfio-eterea 15	Anestesia locale 6	Senza anestesia 17	
Malattia.	3 Lesioni traumatiche del cuoio capelluto e del viso. 1 epitelioma del labbro inferiore. 1 adenoma alla mammella. 1 galattocele.	2 calcolosi vescicale. 10 ernie libere. 2 ernie strozzate. 2 varicoceli.	1 idrocele. 1 varici gamba. 12 aborti e stati febbrili puerperali. 2 fratture arto inferiore.	
Insorgenza della febbre	Da 1 giorno a 4 dall'intervento 10	Da 4 a 6 g. 13	Da 6 a 8 g. 15	
Grado	Da 38 a 39 15	Da 39 a 40 19	Da 40 a 41.5 4	
Data dell'infezione primitiva	Da 6 mesi 3	Da 2 anni 16	Da 3 anni 17	Da tempo imprecisato 2

Se negli anni decorsi si poteva ritenere che Comacchio città fosse meno colpita dalla malaria che non le frazioni e i paesi viciniori specialmente per il fatto che la città era circondata da acqua in diretta comunicazione col mare e che alle volte superava in concentrazione salina, l'acqua del mare stesso, oggi, che sono state iniziate, ma purtroppo non si sono compiute vaste opere di bonifica idraulica delle Valli più prossime alla città, la malaria ha preso il sopravvento, essendosi create per le ampie distese di acqua piovana, ottime condizioni per la riproduzione delle zanzare.

Quindi, per quel che si riferisce alle mie osservazioni, vediamo che i malarici provengono in numero pressochè uguali tanto dalla città, che dalla campagna. La medesima considerazione si può fare per quel che riguarda la professione, rimanendo esposti all'infezione i contadini per la loro abituale dimora in luoghi infetti, gli operai per i lavori di bonifica, i barcaiuoli e i vallanti per le loro peculiari mansioni che li costringono a sostare in vicinanze delle foci del Reno e del Po di Volano o a venire adibiti a trasporti fluviali.

Questi dati, fatte le debite proporzioni, concordano con quelli dell'Ufficio d'Igiene locale.

Gli interventi chirurgici sono fra i più disparati, dai casi di elezione ai casi urgenti fra cui due traumatizzati delle ossa. In tutti 38 si è verificato insorgenza dell'accesso febbrile la cui curva ripeteva abbastanza fedelmente il decorso della febbre terzana e alle volte della sub-continua estivo-autunnale che dalle statistiche locali risulta essere il tipo predominante.

Meritano rilievo i 12 casi osservati di stati febbrili post-abortivi e puerperali che qui sono assai frequenti.

Improvvisamente dopo 4-5-6 giorni dall'aborto o dal parto insorgevano temperature elevatissime, con brivido iniziale spesso assai prolungato e con tutta la sintomatologia di un principio di febbre a tipo setticoemico.

Data l'imponenza e la gravità di certi casi, l'impossibilità di poter controllare e seguire il decorso delle temperature a domicilio ho praticato in Ospedale qualche raschiamento e qualche lavanda endo-uterina, quando forse bastava la cura chininica che del resto da tempo ho adottato.

Per la narcosi non ho mai adoperato il cloroformio; non ho perciò nessun elemento per giudicare se questo anestetico giuochi una sua azione specifica sul determinismo delle recidive malariche e d'altra parte non credo che nè l'etere nè gli anestetici locali siano per avere tale azione. Come del resto spiegare i 17 casi operati senza anestesia? L'anamnesi ha poi un grande valore e la sistematica sua ricerca ha messo in rilievo che il maggior numero dei casi osservati ha una data d'infezione che oscilla dai due ai tre anni, coincidendo col fatto che appunto da quell'epoca i lavori di bonifica sono stati interrotti e abbandonati.

Come si vede dalla tabella, l'insorgenza della febbre ha variato da uno a 8 giorni e mentre per i primi casi, che sono stati i più impressionanti, potevano essere imputati alcuni fattori (che per altro la visita alla ferita operatoria faceva escludere) per i susseguenti bisognava pensare ad altri elementi che l'osservazione Clinica abbondantemente forniva (brivido iniziale, ascensione rapida della temperatura con sudorazione e remissione in terza giornata, tumore di milza quasi costante, rinnovarsi dell'accesso nei non chininizzati, scomparsa invece in quelli sottoposti subito alla cura specifica) (iniezioni di chinino bicloridrato). Da tutto quanto ho esposto credo di poter concludere che *clinicamente* havvi un rapporto molto frequente se non costante, fra atto operatorio di qualsiasi entità e in qualsiasi regione e risveglio di malaria latente.

***

A questa modesta nota manca un contributo importante; il reperto parassitario del sangue. Elemento indispensabile per formulare un giudizio clinico-anatomo-patologico definitivo.

Finora mi è mancato il mezzo e l'opportunità, ma mi riprometto in avvenire, verificandosi altri casi, di completare con questa indagine, le osservazioni.

Comacchio, maggio 1923.

OSSERVATORIO ANTIMALARICO DI FIUMICINO.
Direttore: prof. sen. B. GRASSI.

Influenza della malaria in chirurgia

pel dott. V. E. OVAZZA.

In breve volger di tempo dai rapporti assodati fra traumi della milza e sulle ossa col risveglio di malaria latente (Cioffi, *Arch. it. di Chir.*, fasc. 5, 1923) si è passato all'accertamento di una simile azione da parte dei più svariati interventi operativi (Marogna, *Policlinico*, fasc. 16, 1923).

Si comprende che in questa seconda serie si possa citare un numero di casi ben maggio-

re, essendo molto più facile di avere da operare antichi malarici che assistere a milze traumatizzate. Malgrado ciò si è emesso il dubbio che buon gioco sia dato dalla narcosi, e pel narcotico in sè e per la via di somministrazione. Ma io non credo invece vi sia bisogno di ulteriori esperimenti e mi domando: perchè oltre all'accenno del Marogna sulla frequente comparsa di recidive malariche dopo il salasso non si mettono assieme quelle dopo il parto, simulanti spesso inizi di febbre puerperale?

È del resto il parto tal fenomeno sul limitare tra la vita fisiologica e quella patologica da potersi considerare insieme e grave traumatismo e intervento — pur naturale — e salasso. E intanto — almeno in Italia — pel parto comune si ricorre ben di rado ad alcuna narcosi.

In una nota che sto pubblicando in «Malariologia» a proposito dell'azione ecbolica del chinino riferisco fra altro d'una signora che sofferse malaria solo pel primo mese di gravidanza e che durante questa fece congrua cura poichè si erano continuati a riscontrare plasmodi nel sangue. Appena espletato il parto, riscoppiò una terzana che si potè curare con buon esito.

In tale nota insisto appunto sulla necessità di cure specifiche, venendo comunemente attribuito all'uso breve del chinino o l'aborto o il parto prematuro preparato invece da prima, più a lungo e ben più profondamente dalla malaria.

Anzi a mia recente conoscenza sono venuti due casi tra loro identici. Due donne, una in prima gravidanza. l'altra pluripara. malariche latenti, da parecchi mesi senza disturbi e senza cure, una al 3°, l'altra al 4° mese di gravidanza hanno un leggiero e isolato accesso febbrile, esame del sangue negativo. L'una dopo 12 giorni, l'altra dopo 8 espellono feto morto e a notevole distanza la placenta. In una al 3°, nell'altra al 4° giorno dopo l'incidente e con milza appena sensibile insorgono accessi febbrili con brividi prolungati, ripetentisi a scadenza fissa per parecchie volte, ad alta temperatura con esame ematico positivo e padroneggiati solo con notevoli iniezioni di chinino.

Non ritengo affatto di riassumere con ciò osservazioni originali: parecchie volte negli anni addietro da simili risultanze ero stato colpito. La letteratura è ricca sul dibattito svoltosi intorno all'opportunità o meno di cura specifica in gravidanza di malariche, mentre non si è cercato di mettere la questione in rapporto a fatti similari in chirurgia.

Il Chiarleoni fin dal 1886 (Ann. Univ. di Med.) con chiose originali indicava molti accenni sparsi anche fra gli autori stranieri favorevoli al nostro argomento. Anzi il Cuzzi nella relazione di «due casi di recidiva di febbre malarica pel traumatismo del parto» (Ann. di Ost e di Gin., 1880) metteva già in evidenza che è appunto durante il puerperio che si estrinsecano tutti gli effetti del parto. Quanti lavori successivi hanno confermato fra noi tali vedute si può dire che altrettanti li abbiano, specie fra gl'inglesi ed i tedeschi combattute.

Anzi in studi recenti il Pontano (*Policlinico*, Sez. Med., 1920) chiaramente dà risalto al minor numero ed alla minor gravità che in generale gli accessi persentano, quando — spontaneamente, si noti — appaiono come ricaduta o recidiva. Ed egli cita pura la stagione propizia a tali nefasti, ciò che io non ho potuto notare nei casi conseguenti a parto.

Ora io insisto sul fatto che se è comune nell'aborto di malariche il feto esser espulso morto, talora macerato, e per le conseguenze della malattia, ma spesso per una accesso febbrile, questo può esser leggiero, per lo più isolato o come nel parto a termine con feto vivo da mesi non essersi ripetuto. È invece dei primi giorni del puerperio — analogia spiccata con gli operati — l'apparizione brusca di alte temperature, ripetentesi imponenti e a facile diagnosi microscopica.

Assistiamo cioè ad un processo risorgente non solo in individui indeboliti da traumi naturali od artificiali, ma all'evolversi improvviso nella circolazione vasale di già rilevanti quantità di plasmodi.

Ravvicinando quindi i vari pareri non mi pare che nel campo chirurgico si debba andar lontano fino ad agenti indiretti o a sostanze estranee per avere il motivo principale del risveglio della malaria. La mente ricorre più esplicitamente ad una causa meccanica grossolana: dai profondi recessi degli organi ematopoietici — ove non sappiamo ancora quale potenza abbiano le secrezioni interne sulla latenza della malaria — i maggiori elementi morfologici sanguigni, talora persin poichilotici vengono risucchiati coi plasmodi, che improvvisamente restano immessi numerosi in circolo, loro elettivo ambiente con un aumentato stimolo alla riproduzione partenogenetica. Allora se più raramente nei traumatismi — e solo in quelli gravi — della milza furono accertate le recidive malariche, ma più facil-

mente dopo atti chirurgici e più spesso ancora dopo i salassi ed i parti ciò lo si deve appunto alla vera gradazione di richiamo improvviso e più generale di sangue che avviene dal vasto e profondo ematoma splenico, alle operazioni in cui il chirurgo cerca di limitare i guasti, alle profonde perdite dovute alla lancetta flebotomica od ai vasi uterini beanti.

Ad ogni modo le deduzioni mie vengono pur sempre a collimare con quelle della maggioranza dei malariologi: esser necessario chininizzare prontamente i traumatici splenici con malaria latente, preventivamente gli operandi che hanno sofferto malaria, costantemente le malariche gravide e tanto più, per la maggior probabilità di successo, le recidive dopo il parto.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA ED ELETTROLOGIA.

L'immagine radiologica del cervello mediante iniezione d'aria nello speco vertebrale.

(WALTHER WEIGELDALT. *Münch. Mediz. Woch.*, n. 51, 22 dicembre 1922).

Dandy, nel 1918, pubblicava il suo primo studio sull'iniezione d'ariá nel cervello attraverso i ventricoli; nel 1919 attraverso la puntura lombare, metodo però provato solo su 8 casi e tralasciato dall'A. stesso per la preferenza sulla ventricolografia. Nel 1920 Bingel e Wideroe indipendentemente pubblicavano le loro ricerche sull'iniezione intraspinale (encefalografia di Bingel). La tecnica dell'iniezione d'aria nel cervello può essere riassunta così: malato a digiuno, puntura o lombare o ventricolare. Col 1° metodo l'aria attraverso i forami di Luschka e Magendie passa nei ventricoli laterali; Bingel ha proposto 2 punture in due spazi diversi misurando il licor che si estrae onde introdurre identica quantità d'aria (oggi è preferito l'ossigeno per il rapido assorbimento

Col 2° metodo va eseguita la puntura ventricolare sul bregma 2 cm. lateralmente alla linea mediana con direzione caudale dorsale approfondendo l'ago per 5-6 cm., oppure pungendo il corno inferiore del ventricolo attraverso la regione temporale, ma tale metodo necessita (a parte la violenza maggiore) un sistema di trapanazione e l'anestesia almeno locale. La quantità d'aria iniettata, deve possibilmente non essere inferiore a 100 cc. Bastan del resto 60 cm. per avere una buona radiografia, ma nei casi di idrocefalo si può arrivare a una sottrazione fin di 400 cc. Normalmente il gas viene riassorbito dopo 6-12 ore dai ventricoli, ma nell'idrocefalo può persistere 2-5 settimane.

Non sono stati notati danni preesistenti dopo l'iniezione di gas; casi mortali sono stati segnalati, ma essi dipendono più che dal metodo dalla malattia fondamentale e dalla inosservanza delle indicazioni. Può osservarsi collasso e arresto del respiro; cefalea, aumento della temperatura e del polso, vomito, sonno, ecc., ma in genere dopo 2-4 ore i disturbi cedono.

Radiologicamente dopo l'iniezione gassosa, a parte la visitabilità dei solchi cerebrali, sono evidenti i ventricoli laterali coi relativi corni anteriore, posteriore e inferiore; i gangli della base, ecc., con aspetto diverso a seconda della proiezione, le cisterne (specie la magna) alla base cerebrale, ecc., e nei casi patologici è possibile riconoscere le modificazioni ventricolari, laterali, ecc., come, ad es., nell'idrocefalo, nei tumori, ecc., la alterazioni del 3° e del 4° ventricolo (*recessus infundibuli*, ecc.), tanto da avere criteri diagnostici radiologici sia per un processo che colpisce l'interno del cervello sia per un processo che colpisce la superficie esterna cerebrale (idrocefalo esterno, atrofia cerebrale, ecc.), sia per la diagnosi differenziale di tumore ad es. cerebrale o cerebellare o per l'estensione di un dato tumore, ecc.

L'indicazione terapeutica (ad es. nelle epilessie genuine) dell'iniezione gassosa non è stata ancora sufficientemente studiata; cause d'errore possono derivare da scarsa iniezione gassosa, da alterazioni nei forami, da comunicazione, da sviluppo abnorme degli spazi pneumatici del cranio, ecc. Le indicazioni per una iniezione gassosa nel cervello devono essere bene determinate date le difficoltà e il pericolo del metodo il quale viceversa — specialmente nei tumori cerebrali — potrebbe salvare da sicura morte quando sia impiegato convenientemente.

Pertanto il metodo — senza temporeggiare — va impiegato specialmente quando i noti metodi di ricerca di diagnosi neurologica topica non permettono una sicura conclusione.

MILANI.

Retrazione delle aponevrosi palmari e plantari con nevralgia - guarigione con le radiazioni.

(SPECKLIN e STOEBER. *La Presse Médicale*, 30 agosto 1922, n. 69, pag. 743).

La malattia di Dupuytren è interpretata come disturbo trofico. Come fattore etiologico si invocano principalmente i traumatismi ripe-

tuti, specie professionali; si riscontra anche in alcune affezioni del midollo (specie la siringomielia), ma essa trova il suo substrato anche in malattie diatetiche: gotta, diabete, reumatismo. Può essere ereditaria o familiare. In altri casi fu creduto prodotta da lesioni dei nervi periferici, specie cubitale, suffragata specie in seguito dai traumatismi di guerra (Reichel, Laignel-Lavastine). Gli AA. si domandano se in altri casi non sia la nevrite ascendente un seguito dell'affezione dell'aponevrosi. I casi che illustrano gli AA. sarebbero per quest'ultima interpretazione. Si tratta di retrazione simmetrica delle aponevrosi palmari e plantari in un soggetto con nevralgie intense nelle quattro membra. Gli AA. stabilirono uno stretto nesso tra le lesioni aponevrotiche ed i dolori, i quali le accompagnavano o le seguivano. L'applicazione dei raggi X da principio, del radium in seguito alleviò rapidissimamente l'ammalato, scomparsa dei dolori e diminuzione delle contratture e delle retrazioni fibrose sin dalla prima applicazione).

Oss. I. Giardiniere, a. 53. Nel marzo 1921 formicolii dolorosi alle membra superiori specie alla faccia esterna dell'avambraccio e del braccio. Frequentemente intirizzimento delle dita. Agli arti inferiori dolori, più tollerabili, al bordo interno delle piante dei piedi, estendentisi alla faccia posteriore delle gambe, fino ai polpacci. Frequenti formicolii alla pianta dei piedi. L'ammalato precedentemente, fin dal 1907-8, aveva cercini sottocutanei sul bordo interno della pianta del piede destro, dapprima indolente, ma in seguito accompagnato da dolori alla pianta del piede stesso.

Nel 1912 lesioni analoghe e disturbi dolorosi susseguenti anche al piede sinistro.

Nel 1918 cordoni fibrosi nel palmo della mano destra e successiva contrattura del 3°-4°-5° dito; poco dopo o contemporaneamente dolori alla spalla destra. Nel 1920 ripetizione dei disturbi alla mano sinistra con retrazione del 5° o poi del 4° dito.

Nel marzo 1921 dolori con i caratteri innanzi descritti al braccio sinistro, accentuazioni dei sintomi e sospensione del lavoro. Terapia antireumatica. Nulla nell'anamnesi familiare e personale dell'ammalato. Nel marzo 1921 si nota contrattura in modica flessione delle tre ultime dita della mano destra, specie al 5° dito con cordoni fibrosi e rilievi salienti nella parte corrispondente all'aponevrosi palmare.

Alla mano sinistra la stessa sintomatologia ma meno accentrato al 4° e 5° dito. Pressione sulle retrazioni dolorose ad ambo i lati. Al piede destro sul bordo interno della pianta al disopra della metà distale del primo metatarso, tre noduli fibrosi, qualche nodulo a localizzazione simmetrica nella pianta sinistra. Non contratture dell'alluce. Null'altro nell'esame generale. L'esame neurologico dimostra delle nevralgie semplici senza disturbi nevritici. I tronchi nervosi dell'estremità dolorosi alla palpazione. Gli AA. iniziarono il trattamento radioterapico con dosi basse di raggi molli, con le quali notarono un miglioramento. Dall'aprile 1921, per un anno, applicazione di raggi X e di radium quasi ogni mese. Ne trasse grande giovamento; la pelle, nelle regioni di antiche retrazioni, non si distingue da quella delle parti circostanti (nè cicatrici nè telengectasie); alla palpazione piccoli indurimenti sottocutanei inservibili. Alla mano destra, inalterato l'ispessimento primitivo, che fletta 4° e 5° dito di 120 gradi.

Nervi e sclerosi del braccio insensibili alla palpazione. Tronchi venosi delle gambe niente affatto dolorosi alla pressione. Il trattamento locale esposto applicato nelle regioni nelle quali risiedevano retrazioni aponevrotiche, fece sparire queste insieme ai dolori nevralgici risentiti verso le radici delle membra. Nella etiologia è da escludersi il traumatismo professionale, l'influenza ereditaria, la diatesi patologica. Non affezioni nervose centrali o periferiche, a meno che non si voglia pensare a piccoli focolari midollari circoscritti che diano disturbi trofici delle aponevrosi; tali fatti alle volte si sono trovati nelle contratture di Dupuytren. Da escludersi in questo ammalato per le molteplici localizzazioni in punti distanti del midollo. Il trattamento terapeutico non ha potuto agire che direttamente nelle alterazioni delle aponevrosi e nelle terminazioni nervose senza che si fossero trattati i tronchi nervosi i dolori nevralgici cessarono. I dolori nevralgici quindi in questo ammalato erano secondari al processo patologica che ha dato le alterazioni aponevrotiche.

Bauer invece attribuisce la malattia di Dupuytren ad una disposizione generale in parte costituzionale (indurimenti di altre fascie). La moltiplicità delle lesioni fa pensare nell'ammalato innanzi riferito a simile movente etiologico, che sarebbe stato favorito da scarso sviluppo di connettivo sottocutaneo, per il maggior lavoro e traumatismo tollerato delle aponevrosi nella fatica. In questo ammalato sarebbe incominciato agli arti di destra). Simile ipotesi sarebbe suffragata da quest'altro caso:

Oss. II. M. C., a. 50. Nel giugno 1921 piccoli cordoni alla base del quarto dito della mano

destra; nel dicembre 1921 dolori al braccio destro, con partenza dal bordo cubitale ed irradiazioni al gomito ed al braccio. In seguito contrattura al dito malato; contrattura e dolore aumentarono. Quando è visitato dagli AA. presenta tipica contrattura di Dupuytren alle due ultime dite della mano destra; i cordoni fibrosi sono dolorosi alla palpazione. Netto dolore alla pressione del mediano e cubitale alla piega del gomito. Etiologicamente probabile traumatismo professionale. Un'applicazione di raggi nel palmo della mano sedò notevolmente il dolore. Sparì la sclerosi cutanea ed aponevrotica, ma persistette la retrazione del tendine flessore del dito.

Conclusioni terapeutiche. Delle quattro contratture del primo caso gli AA. hanno potuto farne *fondere* tre con soppressione dei dolori. La quarta sclerosi, risparmiata per errore di tecnica, non resisterà ad ulteriore trattamento. Non possono assieme tirare conclusioni sulla quantità e dosaggio dei raggi da impiegare. Dosi piccole di raggi molli e dosi concentrate più forti filtrati del radio diedero il medesimo risultato.

Trattata quindi sin dal principio, la contrattura di Dupuytren, ribelle ad altri trattamenti, può dare successi terapeutici con le radiazioni.

IURA.

Sul valore terapeutico della elettricità statica e delle correnti ad alta frequenza.

(F. H. HUMPHRIS e W. F. SOMERWILLE. *Brith. med. Journ.*, 23 settembre 1922).

Il bagno statico è di comoda e pratica applicazione, poichè non richiede neppure che il paziente si tolga i vestiti; deve solo far attenzione di non avere oggetti metallici in prossimità della pelle. Egli si siede sulla sedia isolata, collegata al polo negativo, e la sua superficie è percorsa da una corrente di minimo amperaggio e di altissimo voltaggio, che agisce da blando stimolo per le terminazioni nervose. Questa forma di applicazione è utile negli esauriti e nei nevrastenici ipereccitabili: non di rado il paziente durante l'applicazione cade in un dolce sonno.

La corrente ad onda statica si applica ponendo un elettrode sopra o sotto la parte da trattare, ed aumentando gradualmente la lunghezza della scintilla senza oltrepassare il punto che dà contrazioni muscolari dolorose: tale lunghezza varia secondo la superficie dell'elettrode. La frequenza ottima della scintilla è da 120 a 200 per minuto. Si ottiene così una serie di contrazioni muscolari indolore, utile a risolvere gli spasmi muscolari, e le infiltrazioni flogistiche, purchè però non vi sia suppurazione, nè tendenza ad essa. Questo trattamento diminuisce la congestione e il dolore. Si dimostra praticamente utile nelle mialgie (lombaggine), nelle sinoviti, nelle neuriti (sciatica).

Mentre in questo trattamento il polo negativo è a terra, e il positivo va all'unico elettrode, nella corrente statica indotta entrambi gli elettrodi vanno al paziente, eliminando gli effetti generali, e provocando effetti locali (sopratutto contrazioni dei muscoli striati e lisci) più profondi e più intensi. Si ottengono buoni effetti nella atonia, dilatazione, ptosi dello stomaco, e nella costipazione ostinata. Da preferire gli elettrodi larghi.

La scarica con la spazzola, tenendo la spazzola stessa a circa 25 cm. dal paziente che riceve la carica statica su piattaforma isolata, dà una sensazione di vento freddo: avvicinando la spazzola il paziente riceve l'impressione di un getto di sabbia calda sulla parte donde si trae la scarica. Si vedono scintille violette, e si forma ozono ed ossido nitroso, che secondo l'A. avrebbero azione disinfettante sulle eventuali ferite. Ma forse il maggior vantaggio è dato dalle modificazioni del circolo. Questo metodo giova nei nevrastenici ipotesi, nei quali si applica lungo la colonna vertebrale. Lo stimolo delle surrenali contribuirebbe ad elevare la tensione arteriosa. Gioverebbe anche in altri stati patologici mal definiti, che presentano ipotensione, come pure nell'insonnia e nelle infiammazioni non purulente (accesso gottoso).

La scintilla statica è il metodo più antico di applicazione elettroterapica (Nollet, 1734). Essa provoca, se abbastanza lunga (20-30 cm.) delle contrazioni muscolari energiche, che decongestionano i tessuti profondi e alleviano perciò il dolore. Spesso giova nella sciatica. Un effetto decongestionante ha pure l'applicazione della corrente ad alto potenziale con lo elettrode di vetro vacuum, specialmente apprezzato per le corde vocali di cantanti e di chi molto parla in pubblico: si applica esternamente al laringe. Giova pure contro le emorroidi, lo spasmo anale, il prurito. Ne è discussa l'utilità in ginecologia.

Le correnti ad alta frequenza aumentano sensibilmente la temperatura superficiale del corpo (1-2 gradi, per intensità di 250-500 milliampère), probabilmente per modificazioni vasomotorie locali. Il metabolismo dei tessuti ne è pure sensibilmente influenzato: in alcuni pazienti il rapporto acido urico: urea, delle urine, passò da 1 : 100 a 1 : 36 e anche meno,

mercè questa sola cura, poichè si trattava di persone molto occupate, che non si usavano speciali riguardi.

Molte manifestazioni funzionali si avvantaggiano assai dell'alta frequenza. Essa gioverebbe pure in numerose altre condizioni morbose, cefalea, insonnia, dolori del reumatismo, ecc.

Humphris non crede che si tratti di sola suggestione nelle applicazioni elettroterapiche, poichè anche corpi inanimati, sottoposti a tali trattamenti aumentano di temperatura.

Contro l'ipertensione agirebbe ottimamente il metodo dell'autocondensazione: ma occorrerebbe prima accertarsi che non si tratti di ipertensione compensatoria.

Doria.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. Pericle Pozzilli. *Sulle aritmie cardiache.* Un vol. in-8, di pag. 226, con 29 fig. nel testo (in vendita nella Libreria Maglione-Strini, Roma, prezzo L. 25).

È un volume scritto specialmente per gli studenti e i medici pratici. In esso è esposta assai chiaramente la materia, vasta ed ardua, delle aritmie.

La concezione fondamentale del libro è che bisogna dare una grande importanza e mettere in prima linea lo studio della insufficienza del miocardio.

In forma piana e chiara l'A. riassume le più moderne acquisizioni della scienza sulla embriologia, anatomia e fisiologia del cuore, con speciale riguardo al nodo di Keith e Flack e del Tavara e al fascio di His e alla anatomia dei nervi e dei gangli cardiaci. Passa quindi a discutere esaurientemente delle teorie miogena e neurogena sulla attività cardiaca, ritenendo che la risoluzione del problema, dal punto di vista clinico, non ha che un valore poco più che dottrinale.

Nel capitolo sulle classificazioni delle aritmie, enumera e critica tutte quelle seguite finora, e, nella ulteriore trattazione del suo lavoro, segue le linee di Mackenzie, di Hering e di Vaquez.

Nel capitolo seguente, Pozzilli dimostra tutto l'interesse, non soltanto teorico, ma pratico dei metodi grafici, in quello che concerne la diagnosi clinica e la determinazione delle varie aritmie. E queste questioni così complesse sono esposte con una grande chiarezza, in poche pagine, e il testo è illustrato da tracciati nitidissimi, assai utili per orizzontarsi nello studio delle aritmie: l'autore insiste sopratutto sul significato clinico dell'elettrocardiogramma, sulle sue indicazioni e sui fatti che attualmente ci sono acquisiti con sicurezza.

Nei capitoli che seguono, nella lucida trattazione delle singole forme di aritmia, Pozzilli mette in rilievo, a differenza degli autori citati, tutte le ricerche recenti degli scrittori italiani sull'argomento, mantenendo sempre la stessa tonalità di critica.

L'autore si dimostra al corrente della vastissima letteratura internazionale e italiana sull'argomento, la cui ricchissima bibliografia trova infatti una larga ed accurata applicazione, e può riuscire molto utile agli studiosi.

A. P.

Paolo Stanganelli. *La patologia dell'aorta addominale.* Napoli, Tip. Trani, 1923. — Prezzo L. 60.

Con questo titolo lo Stanganelli pubblica un interessante studio di 350 pagine, cui la ricchezza delle osservazioni personali e il numero delle incisioni e delle grafiche conferiscono, nella nitida ed elegante veste tipografica del Trani, notevole pregio. Fedele ai principî ispiratori della sua scuola, l'autore pone a fondamento della sua trattazione il fatto clinico, indagandolo nei molteplici suoi aspetti, valutandolo compiutamente.

Nei primi tre capitoli egli espone minutamente la anatomia, l'istologia, l'embriologia, la fisiologia del grosso ed importante tratto arterioso. Successivamente, egli consacra alla semeiotica un capitolo intero, denso dei dati antichi e recenti dell'esperienza clinica. Dopo aver tracciato, dal punto di vista della patogenesi una classificazione nosografica accurata dei processi e delle lesioni che possono colpire il tratto vasale, l'autore considera in successivi capitoli, le anomalie di calibro, collegandole alla patogenesi delle infezioni tifose, delle nefriti, delle cardiopatie; le nevrosi, inquadrandole in quattro tipi clinici fondamentali, la neuro-astenia vasale pulsante, il pseudo aneurisma isterico, la nevrosi celiaca, la neuro-paralisi vasale di origine capsulare o sindrome Castellino-De Renzi; le ectasie semplici o distrofiche; le aortiti addominali, di cui traccia, sulla scorta di 20 reperti anatomopatologici, la genesi unitaria e il concetto anatomo-clinico; l'aneurisma, di cui, appoggiandosi ai criterî del suo maestro Cardarelli, fissa le linee direttive di una diagnosi e le norme per evitare gli errori diagnostici, così frequenti.

Altri capitoli non meno interessanti si rife-

riscono agli embolismi e alle trombosi, alle algie dolorifiche metameriche, alle ricerche di patologia comparata, alla radiologia.

L'A. in confronto dei dati delle scuole di oltre Alpe, approfondisce e rivaluta quelli delle scuole italiane, di quella napoletana in particolare, venendo così a compiere anche un lavoro di rivendicazione scientifica, col dimostrare quanto sia grande l'orma tracciata dai nostri maestri, in questi capitoli di patologia vasale ed a colmare le molte lacune dei trattati che vanno abitualmente per le mani di medici e di studenti. Ai quali il libro merita di essere vivamente raccomandato per una proficua consultazione.

G. PILOTTI.

Prof. dott. A. FERRATA. *Le Emopatie.* Vol. II, parte speciale, Società Editrice Libraria, Milano.

Questo volume delle emopatie non ha bisogno di speciale presentazione data la notorietà e la diffusione che ha assunto il primo. Esso era da molto tempo atteso.

Dobbiamo essere grati all'A. che ci ha dato una trattazione ampia e direi quasi completa da ogni punto di vista dei vari quadri morbosi delle malattie del sangue.

Il volume comprende una parte generale ed una parte speciale.

Nella prima, dopo avere riassunto le principali classificazioni, tratta delle eritrocitosi e delle leucocitosi come reazioni midollari secondarie a determinate condizioni sia fisiologiche che patologiche.

Nella seconda tratta delle malattie proprie del midollo osseo, le eritremie, le leucemie, le anemie a tipo pernicioso.

Le eritremie e leucemie vengono esposte come un unico capitolo, cercando l'A. di porre in evidenza come entrambe sieno da considerarsi iperplasie del tessuto mieloide le une con spiccata produzione eritroblastica, le seconde mieloblastica.

Nelle anemie perniciose e nella loro patogenesi dimostra l'importanza delle alterazioni del midollo osseo come primo fattore patogenetico.

Il volume di 455 pagine edito con cura è arricchito da 15 tavole a colori eleganti e precise quali siamo abituati a vedere nei lavori del Ferrata.

Ed ora dopo la lunga attesa per questo II volume ci auguriamo di vedere presto la comparsa del terzo.

M. GHIRON.

Prof. J. JOLLY. *Trattato di tecnica ematologica e di ematologia.*

L'Editore Maloine di Parigi ha pubblicato in due volumi di 1129 pagine e 744 figure un nuovo manuale di ematologia che merita la massima considerazione.

La lettura del libro dà l' impressione che esso sia stato lungamente meditato e prudentemente scritto. Esso interesserà certamente tutti gli studiosi di Biologia, medici e fisiologi.

Vi è una trattazione paziente e particolareggiata dell'istologia del sangue, dell'ematopojesi e di tutte le questioni che vi sono connesse con un metodo didattico originale.

È ricco di osservazioni personali che formano il fondamento di tutta la trattazione. È omessa la chimica, la sierologia e la parassitologia del sangue che oggi formano branche speciali e con propri metodi di indagine.

Vi è trattato però non solo lo studio degli elementi normali e patologici del sangue ma lo sviluppo embrionario e filogenetico del sangue e dei tessuti emopojetici.

Anche l'istofisiologia vi trova posto collo studio sull'emoglobina, i pigmenti ematici, l'emolisi, la coagulazione, i fermenti del leucociti, la relazione fra elementi figurati e nutrizione, infiammazione, immunità.

Ne risulta un'opera con impronta del tutto personale.

Lo stile è semplice, chiaro e si legge con piacere, essendo stata tolta gran parte della pesante e variabile nomenclatura che fa parte integrante di molti trattati di ematologia.

Lo sperimentatore vi trova molti insegnamenti di tecnica dimodochè l'opera troverà largo favore presso medici e biologi.

M. GHIRON.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 giugno 1923.

A. PERIN. — Presenta un modello di sfigmografo semplificato.

Ospedali psichiatrici e gerarchie mediche.

E. BRAVETTA. — Pigliando le mosse dalla pubblicazione del nuovo progetto di legge sui Manicomi e sugli alienati, l'O. sostiene che la qualifica di Ospedali psichiatrici debba concedersi soltanto a quei Manicomi che sono modernamente organizzati per la cura e l'assistenza dei malati di mente acuti e guaribili, con sufficienza di mezzi e con sanitari colti e fattivi. Ritiene che la gerarchia medica debba mantenersi come oggi: direttore, primari e assistenti e giudica un regresso la proposta parificazione dei medici manicomiali, che mentre sopprime lo stimolo allo studio, l'incentivo alla ricerca scientifica, la pubblica gara dei concorsi nazionali colla relativa selezione dei migliori, regala il titolo di primario, abbassandone il valore, a chi ancora immaturo entra per la prima volta nella gerarchia medica manicomiale.

Demenza Paralitica e Spirocheta Pallida.

Dott. G. CARLO PERACCHIA. — L'O. riferisce sopra le svariate alterazioni trovate in 52 cervelli di paralitici. Dimostra la necessità della presenza delle spirochete della sifilide per l'apparire della temuta malattia mentale. Riferisce d'aver trovato questo parassita nel 40 % dei casi esaminati, e che questo parassita è variabilmente localizzato nel sistema nervoso, con punti di predilezione. Fa osservare una quantità notevole di forme atipiche di spirochete, endocellulari e nelle pareti vasali, e si porta al concetto di forme diverse di spirochete col variare dello stadio di vita del parassita. Circa la dualità del germe, l'O. anche per i suoi esperimenti sui conigli, ritiene che ulcera primaria e paralisi siano prodotte da uno stesso virus. La comparsa della paralisi, sarebbe da riferirsi allo stato di resistenza individuale, alle cause predisponenti congenite, ed acquisite, fra cui specialmente l'alcoolismo, il cocainismo e gli abusi sessuali.

Z. RICCI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Riunione del 4 maggio 1923.
Presidente: Prof. MODENA.

Sovra un caso di obesità nel corso di encefalite letargica.

G. FALCONI. — L'O., dopo avere brevemente citati i casi congeneri finora conosciuti, riferisce intorno ad una donna, la quale all'inizio della forma encefalitica e di pari passo con i primissimi disturbi nervosi cominciò a notare un progressivo aumento di peso del suo corpo; aumento che alla fine del 1° mese di malattia aveva raggiunto i kg. 12 fino a sorpassare nell'anno i kg. 34. Rileva come l'obesità abbia avuto il suo principio ed il suo più rapido decorso, mentre l'i. accusava polidipsia intensa, senza bulimia, notando anche come questo sia il primo caso osservato, in cui l'obesità abbia avuto inizio precocissimo, a differenza degli altri casi conosciuti, che si sono verificati o nel corso o al seguito della malattia e con bolimia marcata.

Sovra un caso di pleurite purulenta bilaterale a sintomatologia muta.

L. ANDRENELLI. — L'O. riferisce intorno a un caso di pleurite bilaterale acuta, a modico essudato, di natura purulenta, decorso senza alcun segno soggettivo anche il più lieve che richiamasse l'attenzione da parte del medico sull'apparato respiratorio. Discute il probabile meccanismo fisiopatologico e dimostra, con la citazione della letteratura, la rarità del caso.

Contributo allo studio della ionoforesi argentica e cuprica.

L. FIORINI. — L'O. riferisce i risultati ottenuti con la ionoforesi argentica e cuprica su culture di germi saprofiti e patogeni. Da numerosi esperimenti eseguiti con la tecnica e sotto la guida del prof. Ghilarducci risulta che:

1° la ionoforesi, sia argentica che cuprica, inibisce nel modo più assoluto lo sviluppo delle colonie di tutti i germi adoperati;

2° gli ioni metallici hanno azione sulle culture già sviluppate riuscendo ad ucciderle in un lasso di tempo in rapporto con la natura del metallo e con la sua concentrazione;

3° i germi patogeni (vibrione colerigeno e bacterium coli) si sono mostrati più sensibili dei saprofiti all'azione della ionoforesi.

Dagli esperimenti eseguiti risulta evidente *una netta azione antibatterica degli ioni metallici* introdotti nelle culture con la ionoforesi.

L'O. riferisce anche alcuni casi clinici in cui la ionoforesi ha dato ottimi risultati.

Assenza congenita del perone.

L. FIORINI. — L'O. riferisce un caso capitatogli di assenza totale congenita del perone in una bambina di 9 anni, con presentazione di lastra radiografica. Tra i numerosi elementi etiologici l'O. dà importanza al ritardo di sviluppo dell'amnios o alle aderenze anniotiche che determinerebbero nei primi mesi della vita endouterina delle compressioni o delle trazioni sui bottoni cellulari che rappresentano gli arti. Riguardo alla cura l'O. consiglia un adatto apparecchio ortopedico, essendo l'accorciamento dell'arto abbastanza notevole.

Di un raro caso di tubercolosi verrucosa cutis di Riehl e Paltauf.

G. SORRENTINO. — L'O. comunica l'osservazione di un caso di t. v. c. associata a *lichen scrophulosorum.*

La rarità del caso è data:

1° dalla sede anormale della lesione che rispetta le mani, i piedi, ecc., ed è disseminata anarchicamente agli arti superiori ed inferiori e al dorso;

2° alla relativa rapidità di decorso;

3° alla concomitanza del *lichen scrophulosorum,* dermatosi francamente tossi-tubercolosa (tossi-tubercolide);

4° al progressivo impressionante decadimento delle forze e della nutrizione del paziente, il quale è forte fumatore e bevitore.

L'O. discute la patogenesi e l'etiologia della t. v. c. e per le ragioni suddette (concomitanza di tossi-tubercolidi - grave decadimento organico - diminuzione grande della t. v. c.) si sente assai sedotto dall'ipotesi che in questo caso la t. v. c., invece d'essere — come generalmente si ammette — una infezione di origine esterna (come la verruca inorganica) sia l'espressione di una colonizzazione endocutanea del virus tub. proveniente da qualche focolaio tuberc. viscerale.

Per quanto riguarda le virulenze della t. v. c. il Sorrentino ricorda che, molti anni addietro, egli potè in un caso di tale malattia: *a*) dimostrare nel pus e nelle sezioni microtomiche di tessuto t. c. grande abbondanza di bacilli di Koch, alcuni ben conservati, alcuni spezzettati e granulosi (chiazze vecchie); *b*) riprodurre infezioni cutanee di tipo nodulo ulceroso lupoide ed infezione generale specifica ad andamento acuto in giovani cavie.

La t. v. c. guarisce di solito non molto difficilmente con cure cruente: Volkman, seguito da causticazioni e con una Roentgen e Finsen terapia o con elioterapia concentrata.

Dott. SALVOLINI, *Segretario.*

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 27 maggio 1923.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Di una singolarità di riflesso cremasterico e del valore semiologico che esso può avere per la diagnosi di nevrosi traumatica e d'altro.

Prof. ZUCCARELLI ANGELO. — L'O. espone un caso di infortunio sul lavoro nel quale ha potuto osservare, per un lungo periodo di tempo, che il riflesso cremasterico, provocato con uno stimolo meccanico semplice, destavasi sollecito ed energico e poi continuava automaticamente con alternative ritmiche e cadenzate di salita e discesa d'ambo i testicoli e così perdurava per una durata lunga. Il rapporto tra tale salita e discesa testicolare e gli atti respiratori era di 20 a 18.

Dal punto di vista delle applicazioni medico-forensi, l'O. trae le seguenti conclusioni:

1) che il riflesso cremasterico quando presenti le caratteristiche eccezionali d'una perdurabilità indefinita, senza termine, con alternative ritmiche, cadenzate, di salita e discesa dei testicoli, è un dato obbiettivo cospicuo e prezioso per la diagnosi di nevrosi traumatica;

2) che esso, per la sua singolarità, vale a poter fare escludere in maniera indubbia la simulazione vera e propria della sindrome morbosa;

3) che il riflesso cremasterico, il quale a dire del Brusa, non è stata studiato al pari degli altri riflessi cutanei per la scarsa importanza ad esso attribuita nella semiologia del sistema nervoso, deve invece essere accuratamente ricercato, studiato e valutato nei riguardi di più esatto apprezzamento clinico di stati nevropatici e psicopatici.

Un caso di asma bronchiale di origine dentaria.

Prof. D'ALISE CORRADO. — L'O. riferisce su di un caso di asma bronchiale in persona di un medico di anni 60, guarito in seguito all'estrazione del 2° piccolo molare superiore destro, affetto da granuloma apicale, ed alla stregua dei fatti clinici riscontrati nel suo caso, e in due altri riportati dai Rueck di New York, sostiene come le lesioni dentarie possono essere causa di asma bronchiale e ciò afferma in base alle seguenti considerazioni cliniche:

1) L'aggravarsi dell'asma col crescere della gravità ed estensione delle lesioni dentarie.

2) La cessazione completa e definitiva dell'asma con la sola estrazione dei denti guasti.

3) L'avere il paziente, nel caso riportato dal Rueck, sofferto per 4 anni di febbre da fieno senza avere avuto alcun trattamento specifico, e guarito dell'asma con l'estrazione di 12 denti guasti, l'asportazione di due polipi nasali e l'incisione di due piccoli ascessi peritonsillari.

In ultimo l'O. richiama l'attenzione dei medici e specialmente dei rinoiatri sopra una più esatta valutazione delle lesioni dentarie in tutte le malattie ad etiologia oscura.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La nefroptosi.

Riconosce due ordini di cause, quelle accidentali (infortunio) e quelle costituzionali o congenite; la maggiore frequenza con cui si osserva la nefroptosi nelle donne sarebbe da attribuirsi ad un difetto congenito o famigliare (spesso ne sono affetti diversi membri di una stessa famiglia) nella forma della sacca renale. Vi sono poi cause che favoriscono la nefroptosi, quali la deficiente nutrizione e l'occupazione (la malattia è assai frequente in ragazze costrette fin dalla giovane età ad un lavoro in posizione eretta); scarsa importanza va attribuita alla gravidanza, di fatto il 50 % dei casi si osserva in nubili o nullipare.

I sintomi possono essere diretti (dolori intermittenti alla schiena con carattere di stiramento, che si irradiano alla coscia e son aggravati dai movimenti) e riflessi; questi possono essere svariatissimi: cefalea, palpitazioni, disturbi della vista, respiro corto, disturbi vasomotorî diversi. Vi sono disturbi dell'apparato digerente con vomiti, talora ematemesi, vertigini dopo i pasti, sensazione di malessere nel passare dalla posizione supina a quella eretta, diarree intermittenti con dolori colici, dolorabilità alla regione cecale. Comuni sono i disturbi della minzione (pollachiuria) e degli organi genitali femminili. In qualche caso si osservano attacchi di dolori addominali acuti con vomiti, sudori profusi e tutti i segni di shock (Crisi di Dietl), talvolta diagnosticati come appendiciti acute o coliche renali o biliari. Si spiega l'esistenza di tali sintomi, quando si tenga presente che il rene mobile disturba l'equilibrio delle due divisioni del sistema autonomo, la simpatica e la parasimpatica; la sovrastimolazione cronica porta poi a cambiamenti permanenti nei nervi e nei gangli sicchè, quando la malattia dura a lungo, il trattamento è impotente a fare scomparire tutti i sintomi. In seguito ai difetti di circolazione delle ghiandole surrenali, queste sono ipofunzionanti sicchè si ha una diminuzione dello zucchero sanguigno con la conseguenza di diminuita nutrizione dei muscoli e di uno stato di stanchezza e di esaurimento noto sotto il nome di iposurrenalismo. I sintomi principali nei primi stadî della nefroptosi sono da attribuirsi all'irritazione nervosa ed alla instabilità surrenale.

Per l'esame del paziente J. J. Bell (*British med. Journ.*, 26 maggio 1923) consiglia, nella posizione supina, di comprimere il fianco fra il pollice, fortemente appoggiato posteriormente, contro le ultime costole e le altre dita sulla parete addominale; i pazienti grassi vanno esaminati collocati su un fianco; l'importante è di iniziare la compressione dalla fossa iliaca e di ascendere gradatamente. Per la cura, l'A. è nettamente favorevole all'intervento chirurgico.

fil.

Sulla funzione del rene calcoloso.

J. Rummelsburg. (*D. Med. Wochenschr*, numero 16, 1923), ha eseguito l'esame della funzionalità renale in una donna malata di calcolosi bilaterale dei reni. La prova della concentrazione dimostrò una grave perdita del potere concentrativo: il peso specifico dell'urina non superò i 1013. Il potere di diluizione era invece poco alterato: di 1000 cm³. di acqua introdotti, vennero eliminati 793 cm³., di cui la maggior parte nelle prime 3 mezze ore, come in condizioni normali. Disturbata era pure l'eliminazione del cloruro di sodio e quella dell'urea introdotti in eccesso. Dopo somministrazione di 10 gr. di cloruro di sodio, questo non veniva eliminato rapidamente come in condizioni normali, ma lentamente in forma di una curva appiattita.

Dopo la somministrazione di 20 g. di urea (g. 3 gr. N) venivano eliminati solo 3 gr. di azoto, e il resto veniva ritenuto. La malata eliminava però bene l'azoto introdotto nell'organismo con la sua ordinaria alimentazione: l'azoto residuo del sangue non superava infatti i 33.6 mg.

La funzione dei reni calcolosi era dunque alterata in modo analogo a quella che si riscontra nel rene grinzo.

Poll.

TERAPIA.

L'assistenza ai cancerosi.

Il canceroso, operato od inoperabile, ha bisogno di cure dirette ad impedire o ritardare la recidiva od a lenirne le sofferenze; il chirurgo limita il suo intervento all'atto operativo, ma il medico deve seguire l'ammalato sino alla fine e deve sorvegliarne lo stato locale e quello generale. Per quanto riguarda lo stato locale, allorchè la recidiva non si è ancora prodotta, si dovrà anzitutto evitare tutto quanto ecciti la moltiplicazione degli elementi neoplastici rimasti; sconsigliare quindi ogni ginnastica destinata a ridare la forza a

muscoli parzialmente resecati, mettere in riposo la lingua o gli organi genitali che erano sede del neoplasma; proibire tutto ciò che elevi la temperatura dei tessuti, come un accumulo di cotone a scopo estetico sopra una mammella amputata, le iniezioni calde vaginali dopo interventi per cancro uterino, l'uso di cataplasmi locali, ecc.; evitare altresì ogni causa d'infiammazione o congestione locale. Occorre poi decongestionare la regione malata usando la benzina o l'etere di petrolio per lozioni sulla cute, per lavature nella bocca o per tamponamenti (diluito con tre parti di olio d'olivo) od iniezioni nella vagina o nel retto.

Quando si tratta di carcinomi inoperabili o recidivati, si dovrà sopratutto lottare contro l'ulcerazione, le emorragie ed il dolore. Per quanto riguarda la prima è da evitarsi l'uso di ogni cicatrizzante, come aristol, gomenol, jodoformio e del calore sotto tutte le forme; la lavatura si farà con acqua fredda o tiepida e, meglio ancora con l'etere di petrolio, diluendolo con tre parti di olio vegetale se provoca dolore. Si farà la medicatura a piatto con poco materiale; W. de Keating-Hart (*L'Evolution médico-chirurgicale*, anno III, n. 2), consiglia per le ulcerazioni interne (bocca, retto, vagina) le irritazioni biquotidiane con acqua fredda e poi il toccamento con tamponi imbevuti di etere di petrolio. Contro le emorragie interne, che son le più temibili, si istituirà il trattamento calcico, si faranno iniezioni di gelatina, di ergotina, si userà l'adrenalina, il ghiaccio all'interno ed all'esterno, ed in caso di necessità l'allacciatura delle arterie; per l'emorragia esterna oltre ai rimedî accennati, si useranno la compressione ed il tamponamento; il trattamento continuato con etere di petrolio, agendo da decongestionante, contribuisce all'emostasi.

Contro il dolore che raggiunge il massimo al mattino fra le 2 e le 5 e che talvolta è tale da spingere al suicidio, si cercherà di ottenere la decongestione locale con il ghiaccio, le irrigazioni fredde, l'etere di petrolio; gli analgesici sono numerosi, ma poco efficaci, la cocaina può dare qualche risultato locale, il piramidone, l'antipirina, l'aspirina potranno essere utili per qualche tempo, ma alla fine si sarà costretti a ricorrere all'oppio in tutte le sue forme; il medico dovrà proporzionare le dosi alla lunghezza delle tappe da percorrere, aggiungendovi il soccorso degli incoraggiamenti e della pietosa bugia.

Lo stato generale varia da quello florido alla cachessia; nel primo stadio si eviterà la eventuale iperglicemia (il carcinoma vive di glicogene) e si sottometterà il malato ad un regime analogo a quello dei diabetici; si curerà il buon funzionamento degli emuntorî, del tubo digerente, favorendo inoltre l'eliminazione del sudore. In seguito poi, il malato si avvia allo stato cachettico, in conseguenza della tossiemia e della ipoglicemia ed allora si ordineranno delle iniezioni di siero isotonico glucosato (2500 cmc. ogni 2-3 giorni). L'olio canforato, la kola, i tonici diversi aiuteranno il malato esaurito, si devono però evitare i rimedî a base di arsenico e di sodio, sostituendo eventualmente i sali di quest'ultimo con quelli di calcio, e dando per la stessa ragione una dieta ipoclorurata. Talvolta durante i trattamenti radioterapici, si hanno intossicazioni gravi di origine citolitica, contro le quali si lotterà favorendo l'azione degli emuntorî specialmente della funzione sudoripara.

fil.

Neoplasmi primari endotoracici.

Sebbene relativamente rari, i neoplasmi endotoracici si riscontrano con una certa frequenza in ospedali destinati alle malattie toraciche, sicchè si ha l'impressione che essi siano meno rari di quanto si crede, tanto più che nella maggioranza dei casi i malati vengono inviati con diagnosi diverse, specialmente tubercolosi ed aneurisma. A. J. Scott Pinchin (*The practitioner*, giugno 1923) ne ha veduto in due anni una ventina di casi in cui gli errori di diagnosi erano dovuti ad erronea interpretazione dei segni.

Il più comune è il sarcoma, che si osserva di solito verso i 40-50 anni, specialmente nei maschi; esso ha origine nei tessuti linfatici e si diffonde nel polmone specialmente dal lato destro. Fra i sintomi sono da notare la *tosse*, tormentosa e senza espettorazione (in un periodo avanzato vi è escreato), il *dolore* che si inizia come senso di pressione e può diventare assai grave, la *dispnea*, anche a tipo parossistico, che aumenta col progredire della malattia, talvolta la *disfagia*, raramente e di poca importanza l'*emottisi;* è raro che la tempera tura sia aumentata a meno che non vi sia infezione secondaria. Obbiettivamente si riscontra all'inizio soltanto una lieve bronchite; man mano che la massa del tumore aumenta, si hanno altri segni: l'ottusità di carattere particolarmente resistente, quasi petrosa, che dà al dito l'impressione di una massa solida; i segni di compressione sui bronchi e sulla trachea, l'ingrossamento delle ghiandole (sopra- ed infraclavicolari, ascellari) e delle vene superficiali; talvolta vi è una ripienezza evi-

dente del lato affetto che può mostrarsi pulsante, tal'altra invece, vi è collasso del polmone; in qualche caso si ha versamento pleurico e dita a clava.

La diagnosi differenziale del sarcoma mediastinico va fatta con il linfoadenoma, la tubercolosi e l'aneurisma. Nel primo caso, si hanno di solito altri gruppi di ghiandole affetti, nonchè l' ingrossamento della milza e crisi di temperature elevate; abbastanza agevole è la diagnosi con la tubercolosi, mentre può offrire serie difficoltà in casi di aneurisma. Il neoplasma può pulsare, erodere lo sterno, la tosse può essere ugualmente tormentosa, vi possono essere ineguaglianza pupillare e dei polsi, rumori sistolici od altri dovuti alla compartecipazione del cuore o del pericardio. Il dolore è generalmente più grave nel tumore, mentre nell'aneurisma può cessare od essere diminuito in seguito al riposo, alla limitazione della dieta, al riposo, alla somministrazione di joduri; rari sono nell'anuerisma l'edema e l'ingrossamento delle vene.
strazione di joduri; rari sono nell'aneurisma l'edema e l'ingrossamento delle vene.

Meno comune è il carcinoma che si sviluppa ad un'età un poco superiore a quella in cui si ha il sarcoma e conduce spesso ad un collasso polmonare parziale in seguito ad ostruzione bronchiale; sviluppandosi nel parenchima polmonare, mancano i sintomi di compressione; si ha invece assai precoce la tosse non così grave e parossistica come nel sarcoma, ma accompagnata spesso da dolore e da emottisi spesso precoce ed abbondante. Se il carcinoma cresce lentamente, lo stato generale si mantiene discreto; i segni fisici variano secondo la posizione del tumore; nei casi di occlusione di un bronco, vi è un appiattimento del torace, specialmente pronunciato se il collasso si verifica, come spesso, all'apice; nei tipi profondi, circoscritti vi possono essere solo deboli rumori respiratori. Nella diagnosi differenziale si terrà presente sopratutto la tubercolosi polmonare.

fil.

Trattamento del carcinoma ricorrente inoperabile della mammella con il radio e con i raggi X.

I casi di carcinomi ricorrenti della mammella si presentano di solito al chirurgo allo stato di inoperabilità, per la larga disseminazione delle lesioni. Molti di questi casi non sono assolutamente suscettibili di altra terapia che non sia quella semplicemente palliativa; ma in altri casi, meno avanzati, l'irradiazione può sperare di ottenere qualche risultato.

Nel suo ospedale, l'A. ha l'abitudine di sottoporre le ammalate di cancro della mammella ad una serie di irradiazioni pre- e postoperative: che, dai risultati finora raccolti, sembrano avere un'azione ritardante ed ostacolante sull'insorgenza delle recidive.

Quanto ai risultati dell'irradiazione sulle recidive inoperabili, in 124 casi l'A. ha ottenuto una sopravvivenza media di due anni e quattro mesi dall'inizio della recidiva; periodo che rappresenta un notevole vantaggio rispetto alla sopravvivenza nei casi non trattati, che fu di sei mesi e mezzo.

In generale, i risultati sono stati tanto migliori quanto più ricco di cellule era il tumore; e tanto meno buoni quanto più giovane era la donna e più rapida la recidiva.

Le lesioni che meglio rispondono al trattamento col radio sono le piccole lesioni della regione sottoclavicolare, le piccole metastasi cutanee, ecc. Il trattamento con i raggi X è invece piuttosto indicato nei casi del così detto carcinoma infiammatorio, nelle metastasi estese ascellari, sopraclavicolari, mediastiniche, pleuriche, ossee, ecc.

(BURTON J. LEE. *Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 1922, n. 19, pag. 1574).

E. SERENI.

SEMEIOTICA.

Il cloro totale del succo gastrico come criterio diagnostico differenziale.

L'autore (H. WIENER. *Arch. für Verdaungskrankh.* N. 5-6, 1923) ha ricercato il cloro totale nel succo gastrico di varii malati.

A) malati il cui succo gastrico conteneva acido cloridrico libero. Il cloro totale può oscillare tra 0.199 e 0.44 %; il valore di esso era proporzionale al grado dell'acidità.

B) malati il cui succo gastrico non conteneva acido cloridrico libero e la cui acidità totale era scarsa. La stessa proporzione tra il cloro totale e l'acidità in tutti i malati tranne quelli con carcinoma gastrico. In questi il cloro totale era molto elevato in rapporto all'acidità bassa (fino a 0.58 %).

Questa sproporzione tra cloro totale e acidità è nei casi di achilia gastrica, un sintomo importante di carcinoma. Il valore di questo sintomo non è assoluto; esso deve venir valutato in unione coi sintomi rimanenti. La causa del fenomeno sarebbe un afflusso di cloruro di sodio allo stomaco, determinato dall'alterazione che i fenomeni di diffusione tra contenuto gastrico e vie umorali subiscono in seguito all'alterazione della mucosa gastrica (carcinoma ulcerato).

POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le lesioni intestinali nell'anafilassi.

(W. MANWARING, A. BEATTIE. R. MC. BRIDE. Journal A. M. A., 19 maggio 1923.

L'anafilassi nel cane si manifesta tipicamente con emorragie intestinali, specie nel duodeno. Esse non si spiegano con la sola congestione passiva, dovuta ad ingorgo del fegato, come si ritiene comunemente.

Gli AA. hanno fissato l'intestino, nei vari stadi dello shock, iniettando nel suo lume liquido di Zencker non acido, con aggiuntovi il 4 % di formaldeide. Dal 4° al 10° minuto dall'insorgere dello shock i villi erano molto edematosi, i loro vasi erano ingorgati, il loro epitelio appariva distaccato, e protrudeva spesso a guisa di vescicola nel lume intestinale. Dal trentesimo al novantesimo minuto di solito l'epitelio è scomparso, e la zona esterna dei villi si colora male perchè caduta in necrosi.

Per mezzo di una cannula introdotta nel duodeno, ad addome aperto, hanno osservato che la pressione intraintestinale, che è abitualmente di 7 mm. Hg., sale a 40-100 mm. nel primo minuto dello shock e si mantiene intorno a 15-20 mm. nei primi trenta minuti. Nei primi 10 minuti si notano contrazioni ritmiche di varia forza.

Tenuto conto che la pressione aortica nei primi dieci minuti di shock si abbassa notevolmente (28-40 mm. Hg.), è probabile che la cospicua pressione intraintestinale, insieme con la normale pressione intraaddominale, impediscano la circolazione sanguigna delle pareti intestinali, provocando una stasi che può durare venti minuti ed oltre, e dare ragione dei reperti istologici.

La causa dell'aumento di pressione intraintestinale probabilmente è costituita dalle contrazioni intestinali cagionate dall'anemia dovuta all'ipotensione. Non si può escludere un'azione tossica diretta sulla muscolatura intestinale, nonchè la compressione dei vasi da parte dell'edema, dovuta ad aumentata permeabilità dei vasi stessi.

Gli AA. proseguono le ricerche.

DORIA.

Sulla questione dei rapporti tra pelle e immunità.

(F. KLEMPERER e S. PESCHIC. *D. Med. Wochenschrift*, n. 13, 1923).

I processi immunitarî sono oltremodo complessi, ad essi partecipano probabilmente tutti i tessuti dell'organismo, verosimilmente in modo e in grado diverso a seconda delle diverse malattie. Come gli altri tessuti anche la pelle partecipa in qualche malattia più, in altre meno intensamente. Non è però affatto dimostrato che esistono dei rapporti speciali tra la pelle e l'immunità, come si è voluto affermare specialmente per la tubercolosi. Gli AA. hanno controllato le ricerche di Fellner, che aveva affermato di aver potuto constatare nelle papule della cutireazione, delle sostanze sensibilizzanti alla tubercolina, che chiamò «procutine»: i risultati delle loro esperienze furono in ogni riguardo opposti a quelli annunciati da Fellner.

POLLITZER.

IGIENE.

A proposito di caffeismo.

R. Guillermin (*Revue Méd. de la Suisse Rom.*, dicembre 1922 e *Annali d'Igiene*, aprile 1923) ha rivolto l'osservazione sull'allestimento del caffè, dati varî casi di caffeismo occorsigli nella clientela privata. Il caffeismo è stato bene studiato da varî autori, ma gli effetti fisiologici e patologici del caffè sono tuttora molto controversi. Alcuni sostengono esser la caffeina il principio attivo e nocivo del caffè, altri invece incolpano gli olî essenziali aromatici (cafeotossina, caffeone, acroleina) che si sviluppano per la torrefazione del caffè.

Sono stati fatti studi da Maier, sul caffè Hag e sul Santos, il primo contenente 0.03 % di caffeina, il secondo 1.05 %; in quanto a sostanze aromatiche ne contengono in uguali misura. L'A. ha trovato che il caffè Santos eleva la pressione arteriosa, modifica il polso, dà spesso congestioni della faccia, tremiti alle mani, angoscia precordiale, tenesmo vescicale, attenua gli effetti tossici della nicotina. Il caffè Hag non modifica nè la pressione, nè il polso, non dà disturbi, non modera gli effetti della nicotina. Entrambi sono stimolanti intellettuali energici: dunque l'A. conchiude che l'azione psichica è dovuta ai prodotti aromatici del gruppo caffeone, essendo solo questi contenuti nel caffè Hag; alla caffeina egli attribuirebbe gli effetti dannosi del caffè.

H. De Pury ha invece notato che il caffè turco non è nocivo come il caffè ordinario: evidentemente perchè il primo si fa, con polvere finissima in caffettiera aperta, portando ad ebollizione: quindi tutte le sostanze nocive hanno l'agio di liberarsi; mentre il caffè usuale, macinato grosso, si usa per rapido infuso ed in tazze chiuse: donde gli effetti deleterî (insonnia, ecc.).

L'A. si associa a H. De Pury nell'ammettere dunque che la relativa innocuità del decotto è dovuta all'eliminazione degli olî essenziali, mentre la caffeina è ben tollerata; onde l'A. consiglia l'uso di caffè turco o almeno del decotto e non dell'infuso.

E. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Paralisi periferica da iniezione di chinina. — Al dottor F. N., abb. n. 2266:

La chinina ha, iniettata in corrispondenza del decorso dei nervi periferici, azione neurolitica spiccata, tanto che essa è stata usata come disintegratrice dei nervi in occasione di neuralgie ribelli.

Le paralisi da iniezioni da chinina hanno prognosi riservata, in rapporto con la conservazione o totale distruzione del tratto del nervo periferico. In generale però dopo un decorso di molti mesi la motilità si ripristina lentamente, specialmente se aiutata da applicazioni elettrogalvaniche, e da movimenti passivi che evitino le rigidità articolari. Se nessun miglioramento si accenna dopo breve tempo, in casi di paralisi completa, è da mettersi in discussione la eventuale cura chirurgica con la asportazione del tratto distrutto e la anastomosi nervosa tra capo centrale e capo periferico. T. PONTANO.

L'uso del salicilato di sodio per iniezioni. — Al dott. M. Pasquali da Canneto sull'Oglio:

È stato introdotto, a quanto ci consta dal Marfori; si possono fare iniezioni ipodermiche od endomuscolari, od endovenose, con la formola seguente: Salicilato di sodio g. 1.75; Caffeina 0.25; Acqua distillata sterile q. b. per cmc. 10; dividi in 10 fialette da sterilizzare. Se ne usa una al giorno od a giorni alterni; se si fa l'iniezione endovenosa, è bene far seguire un'altra di 10 cmc. di soluzione fisiologica. Conner ha ottenuto buoni effetti mediante iniezioni endovenose di una soluzione al 20 %, che può prepararsi estemporaneamente e sterilizzarsi con l'ebollizione; si possono iniettare g. 0.90-1.80 a 8-12 ore d'intervallo; il Conner sarebbe arrivato fino a sei grammi nelle 24 ore; il miglioramento dei dolori è sorprendente e lo stomaco è risparmiato.

FILIPPINI.

All'abb. n. 7738-1:

Il collega troverà esposta la tecnica della reazione richiesta, in modo pratico e chiaro, nel «Manuale di tecnica sierodiagnostica» di L. Viganò, edito dall'Istituto Sieroterapico Milanese (Via Lecchi).

g. s.

Al dott. F. Tizzani da Coazze:

Non ci consta che il lavoro di Biels Chowsko: «Errori diagnostici e terapeutici» sia stato tradotto nè in italiano nè in francese.

A. F.

VARIA.

La medicina ed i medici dell'antica Roma.

Casarini in un opuscolo offerto ai partecipanti al Congresso Internazionale di Medicina militare espone le condizioni della medicina e dei medici di Roma antica, quali risultati dai superstiti documenti letterari e monumentali.

La medicina romana è una derivazione di quella greca. Questa ai tempi di Silla si era già affermata in Roma a mezzo di uomini liberi o di schiavi al servizio di patrizî che il istruivano per rivenderli a prezzi più elevati. D'altra parte non è dubbio che gli Etruschi, dei quali i Romani ereditarono religione, arti e scienze, abbiano non poco contribuito alla diffusione di quelle cognizioni e formule empiriche, a prevalente contenuto di superstizione, che costituirono la medicina dell'epoca. Nè al riguardo si può negare anche la influenza esercitata da altri popoli finitimi, come gli abitatori della Magna Grecia, i Pelasgi, i Marsi, i Sabini, i Sanniti, presso i quali l'arte sanitaria era da tempo professata.

Accenni della presenza di medici di Roma fin dai tempi più antichi si trovano nelle opere storiche.

Dionisio d'Alicarnasso riferisce che nell'anno 282 *ab urbe condita* scoppiò un'epidemia «che non risparmiò nè età, nè sesso, nè forti, nè deboli, e contro la quale riuscì inefficace la scienza dei *medici*». Lo stesso storico parla di una pestilenza manifestatasi nell'anno 301, contro la quale fu vano ogni soccorso perchè il numero dei medici era troppo esiguo per il gran numero di malati. Nel 582 l'urbe fu colpita da una malattia contagiosa ancora più terribile delle precedenti, che menò gran strage fra schiavi e cittadini «sicchè non v'erano abbastanza medici per curarli». Diodoro Siculo attesta che nella prima guerra punica si sviluppò un'epidemia negli accampamenti Cartaginesi in Sicilia di tale veemenza e rapidità che i medici non furono sufficienti a prestare assistenza ai soldati colpiti e la loro opera riuscì inefficace (*medicorum auxilium inefficax redderetur*).

Plinio afferma che nei primi secoli della Repubblica medici schiavi e liberti erano soliti di apprestare le loro cure secondo ricette stereotipate e formule vaghe non aventi alcun rapporto con l'esame diretto del malato.

Nel 535 *ab urbe condita* venne in Roma il chirurgo greco Arcagato. Sorretto dal favore dei connazionali ebbe un così rapido successo che gli fu aperto a pubbliche spese una *taberna* nei pressi del foro di Marcello. Ma per la

smania di tagliare e bruciare le carni dei malcapitati pazienti si acquistò ben presto l'epiteto di *lanius* (beccaio), e cadde in discredito tale da dover chiudere bottega e fuggire da Roma.

Di ciò profittarono i medici romani per iniziare una campagna diffamatoria contro i competitori stranieri. Al riguardo è famosa la lettera di Catone al figlio Marco ad Atene, nella quale gli proibisce di ricorrere all'opera di medici greci, ritenendoli ciarlatani ed impostori (*interdixi tibi de medicis*) ed affermando che essi avevano giurato di distruggere tutti i barbari compresi i Romani (*iurarunt inter se barbaros necarent*).

Così, al sorgere dell'impero, fiorì una schiera di medici indigeni, dei quali Plinio il Vecchio fa un quadro poco lusinghiero. « Non animati da alcun spirito di cameratismo, si facevano vicendevolmente aspra guerra, cercando ciascuno di attirarsi una numerosa clientela: da ciò quelle deplorevoli contese al letto del malato, dove non trovi mai due che siano dello stesso parere, e ciò non per altra ragione che per non aver l'aria di accedere alla sentenza altrui ». Da ciò quella terribile iscrizione sopra una tomba: « I molti medici l'hanno ammazzato ».

Marziale nel noto epigramma contro Simmaco, quando accenna al fatto che questi andava per le visite seguito da una turba di discepoli « che poteva passare per una intiera scuola di Medicina » esclama: « Cento mani gelate mi hanno scrutato il polso: prima non avevo febbre ed ora sono febbricitante (*non habui febre, Symmache, nunc habeo!*) ».

Tuttavia in quei tempi i guadagni dei medici raggiunsero somme favolose. Plinio afferma che non v'era professione più redditizia di quella del medico. Cassio percepiva come sanitario uno stipendio annuo di 250,000 sesterzi pari a 70,000 lire.

Quinto Sertinio per le cure prestate alla famiglia imperiale chiese 300,000 sesterzi; egli stesso ricavava dalla clientela un provento annuo di 600,000 sesterzi. Il chirurgo Alone, venuto in fama per la cura delle fratture e delle ernie, in pochi anni potè rifarsi di una multa di 10 milioni.

Crina lasciò un capitale di altrettanti milioni, dopo avere speso un'eguale somma per la costruzione delle mura di Marsiglia, sua città natale, e di altre città.

Gli studi medici non erano in Roma affatto organizzati. Solo sotto Settimio Severo (143-211 d. C.) si prescrisse un diploma per l'esercizio dell'arte sanitaria in Roma e solo con Alessandro Severo, ossia venti anni dopo, si trovano le traccie delle prime scuole di Medicina istituite a Roma. *abbo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Osservazioni intorno agli ordinamenti sanitari.

Il prof. Achille Sclavo ha fatto una interessante comunicazione — « *per un più valido impulso alla igiene nazionale* » — al Congresso degli igienisti adunati in Venezia. La segnaliamo specialmente per la chiarezza e la precisione delle osservazioni e delle proposte che vi sono contenute in sintesi mirabile.

1. Coordinare tutti i servizi igienico-sanitari alla dipendenza del Ministero dell'Interno: cioè applicare l'art. 1° del testo unico delle leggi sanitarie. Il prof. Sclavo ha rilevato la moltiplicità degli organi e la indipendenza, con effetti di disarmonia, di non poche funzioni connesse o affini. Si può aggiungere: recentemente sono stati istituiti speciali uffici per l'igiene scolastica presso i provveditorati regionali.

2. Accrescere la funzione ispettiva dei medici provinciali, elevandone la cultura.

« Il personale medico della Direzione generale della sanità ha perduto alquanto del suo carattere tecnico e troppo ne fu ridotta la funzione ispettiva.... Se poi i medici provinciali non dovessero perdere tanto tempo in certi lavori di ufficio di scarsa utilità o che non sono sempre di loro competenza, si potrebbe fare a meno in vari luoghi dei medici provinciali aggiunti, sulla nomina dei quali si appuntarono anche parecchie e giuste critiche ».

Si può aggiungere: sono frequenti i casi di vere e proprie esorbitanze del personale tecnico nel campo amministrativo, oltre ogni misura.

Conseguenze necessarie: la funzione tecnica è trascurata — salve lodevoli eccezioni — e quella amministrativa è male esercitata da chi non ne ha competenza specifica.

Ma queste deviazioni dipendono forse più dalle persone che dagli ordinamenti.

3. Migliore utilizzazione dei laboratori scientifici della sanità.

Unica direzione. « Propizio è il momento per

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

modificazioni in tal senso, soggiunge il prof. Sclavo, giacchè il prof. Paternò, che da più di venti anni tiene provvisoriamente il posto di direttore della sezione chimica, ha ormai toccato i settantacinque anni di età ».

Ma occorrono anche mezzi adeguati.

4. Riforma del Consiglio Superiore e dei Consigli provinciali di sanità. Se ne discute da tempo immemorabile.

Il Consiglio Superiore è troppo numeroso; è statico. « Si potrebbe utilizzarlo riducendolo di numero e ancor più dividendolo in sezioni, da sentirsi in relazione alle loro speciali competenze. Una maggiore libertà di giudizio si avrebbe rendendo elettivo un maggior numero di consiglieri da parte di corpi scientifici ».

I Consigli provinciali sono ridotti ad una ben meschina funzione: si può dire, anzi, che non contano nulla.

Semplificare, dunque, la costituzione dell'organo riducendone i componenti a poche persone di sicura competenza, che possano collaborare efficacemente con l'amministrazione attiva; ridurne anche le funzioni, che in alcuni casi sono mere duplicazioni e causa di ritardi. Per es., i ricorsi in sede gerarchica, dopo la istruttoria, sono esaminati da due organi *consultivi*: dal Consiglio Superiore di sanità e dal Consiglio di Stato!

5. Servizi igienici comunali.

Il prof. Sclavo si è limitato a ricordare l'interessamento della Presidenza dell'associazione per l'igiene e il recente decreto « che intese provvedere in parte ».

Che dire, infatti, dopo quanto si è scritto e si è proposto da anni?

La situazione..... provvisoria fatta di accomodamenti, dura ormai dal 1904!

La Direzione generale della sanità elaborò un progetto di legge organico, il quale però rimase allo stadio di disegno.

6. Miglioramenti negli insegnamenti universitari d'igiene.

Lamenta, fra altro, il prof. Sclavo che, per deliberazione recente del Ministro della Pubblica Istruzione, sia abolito l'insegnamento speciale di igiene per gli allievi della scuola ingegneri.

7. Educazione fisica.

Opportunamente rileva il prof. Sclavo che il nuovo ente per l'educazione fisica è limitato agli allievi delle scuole medie: ma alle scuole elementari come si provvederà? « Chi insegnerà ai maestri quella scienza e quell'arte di cui dovranno servirsi a vantaggio dei loro giovani discepoli? Con la soppressione di tutte le scuole di magistero per l'educazione fisica verranno presto a mancare insegnanti esperti in tale disciplina ».

8. Malaria e bonifiche.

Problema di mezzi e di volontà. L'argomento è noto e non giova riassumere e commentare.

Il prof. Sclavo ha voluto, dunque, richiamare l'attenzione del Governo su vecchi problemi e su necessità sempre attuali e ha fatto una buona azione.

La Direzione generale della sanità, che è stata ed è animata dai migliori propositi, in parte già attuati con saggezza, può ora meglio e più decisamente osare, perchè le condizioni politiche consentono al Governo di agire con volontà energica, fuori di ogni ostacolo.

QUESTIONI PRATICHE.

L. — La efficacia della graduatoria nei concorsi.

È ormai massima costantemente affermata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato che « un concorso per titoli rimane governato dal principio generale della pertinenza del posto al meglio graduato, *salvo che norme generali o speciali dispongano diversamente* » (come, per es., in rapporto ai medici condotti).

Nè si può ritenere che l'obbligo di attenersi alla graduatoria compilata dalla Commissione, *quando non è espressamente consentita facoltà di scelta*, escluda nell'ente la potestà di apprezzamento di doti e qualità strettamente personali e soggettive dei concorrenti, che sfuggono alla competenza dei giudizi tecnici: mentre l'ente non può sindacare e rifare il giudizio estimatorio e tecnico affidato ad apposita Commissione, non gli è peraltro vietato di valutare altre e diverse circostanze che costituiscano, ad esempio, motivi di indegnità o di incompatibilità o di idoneità fisica a quel determinato ufficio che è oggetto del concorso. In tal modo la potestà di nomina, attribuita all'ente, si pone in armonia col rispetto del risultato del concorso, a garanzia dei legittimi interessi dei candidati e insieme della pubblica azienda.

Di questi principii la IV Sezione ha fatto applicazione, con la decisione 27 maggio 1923, n. 575, in confronto del concorso al posto di medico presso l'Ospedale di S. Giovanni in Torino.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista della provincia di Venezia.

Il 5 corr., all'Ateneo Veneto, si è adunato il Gruppo dei medici che hanno dato l'adesione per costituire il Sindacato medico fascista.

L'illustrazione degli scopi del Sindacalismo Nazionale venne fatta dal rag. Cavina. In seguito il dott. Abbruzzetti fece un'ampia e dettagliata esposizione dei problemi d'ordine sindacale che pur riguardando notevoli interessi della classe medica, non contrastano minimamente con gli interessi nazionali. Il prof. Cappelletti espresse il desiderio che risulti ben chiaro in questa prima adunanza che aderire ai Sindacati fascisti deve significare anche disciplina e rinuncia, ove occorra, con devoto spirito di sacrificio ad interessi particolari per il bene della Nazione.

Il presidente dichiarò costituito il Sindacato provinciale medico fascista con 104 aderenti. Venne nominato il Direttorio che risultò così costituito: Cappelletti, Dian, Ligorio, Pasinetti e Picchini Giovanni; segretario politico Abbruzzetti; segretario cassiere Botteselle.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Municipio*. — Capo Sezione medico-micrografica e capo Sezione chimica del Laboratorio Consorz. d'igiene. Scad. 31 agosto. V. fasc. 32.

CAPANNOLI (*Pisa*). — Condotta del Capoluogo. Stipendio L. 6000; aumento di 1/10 fino a raggiungere la quota corrispondente alla metà stipendio; indenn. c.-v.: 2000 per la cavalcatura di cui 500 mantenute solo fino a quando perdurerà l'attuale costo dei foraggi. Scadenza 1° settembre.

CUMIGNANO e TICENGO (*Cremona*). — Condotta consorziale. Estensione km. 14, abitanti 2000, poveri 1200. Residenza Ticengo. Stipendio iniziale lire 7750 con aumenti periodici fino al 50 % in 20 anni; cura poveri L. 2400; uff. san. L. 500; trasp. senza obbligo cavalcatura L. 1500; indenn. c.-v. Capitolato tipo provinciale. Documenti di rito al Presidente del Consorzio, Giovanni Arrigoni, in Ticengo. Obbligo di prendere servizio entro due mesi dalla nomina. Scadenza 30 settembre.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità*. — A tutto il 29 ag. ore 13. Chirurgo direttore dell'Ospedale. Vedi fasc. 30.

GROSSETO. *Congregazione di Carità*. — Aiuto medico-chirurgo all'Ospedale; Scad. 31 ag. L. 6000 e c.-v.; alloggio obbligat. in osped.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia*. — Aiuto medico-chirurgo. A tutto il 31 ag. L. 6000 lorde, ed indenn. c.-v. temporanee. Alloggio in Ospedale.

MILANO. *Istituti Ospitalieri*. — I concorsi ai posti di dirigenti, vice-dirigenti e assistenti di Ambulatori, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

MONDAINO (*Forlì*). — Popolaz. agglom. di 554 ab., sparsa di 1795. Stip. L. 8000 lorde con 10 aumenti biennali del decimo; 1ª indenn. c.-v.; L. 2500 per cavalc. obbligat. Età 40 anni, salvo servizio in altre condotte. Documenti di rito oltre idoneità fisica; stato famiglia. Obbligo di prendere servizio entro 15 giorni dalla nomina. Scadenza 27 agosto.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Segretario medico negli Uffici del Comitato Centrale. Scad. 31 agosto. Vedi fasc. 33.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domande e docum. entro 15 ottobre. V. fasc. 28.

SOLESINO (*Padova*). — Scad. 31 ag. L. 7200 fino a 1000 pov.; due c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 800 se bic. e L. 2000 se cav.; età lim. 40. Pratica annua in pubbl. osped. o condotta o non breve esercizio onorevole o con titoli equipollenti di speciale colt. scientif. e buona pratica nell'arte med. Stato di fam. Riserva di modificazioni.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

VERGHERETO (*Forlì*). — Condotta residenziale nella frazione Alfero. Stip. L. 6000, otto aum. triennali del decimo, doppia indennità c.-v.; disagiata residenza L. 3000; cavalcat. L. 4000. Scad. 25 ag.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Filippo Bottazzi, ordinario di fisiologia all'Università di Napoli, è stato insignito del titolo di dottore *ad honorem* dall'Università di Edimburgo.

La Commissione istituita per l'assegnazione del premio Masnata in memoria dei compianti colleghi dottori Cornelli e Trovati, composta dei dottori: Bialetti prof. Clemente, Masnata prof. Giovanni, Milanesi dott. Luigi *segretario*, Salaroli dott. Lamberto, Zoia prof. Luigi *presidente*, ha ammesso al concorso il dott. Giuseppe Bergamaschi, medico condotto di Torre Vecchia Pia, il quale ha ottemperato alle condizioni del concorso medesimo, e gli ha assegnato un premio di L. 500, a titolo di incoraggiamento.

Commissioni giudicatrici per concorsi universitari.

Patologia e clinica chirurgica: Muscatello, Carle, Tricomi, Tusini, Roncali, Remedi, Dionisi, Pepere.

Clinica otorinolaringoiatrica: Citelli, Gradenigo, Masini, Ferreri, Grazzi, Pagliani, Baglioni, Tusini.

Anatomia normale: Lachi, Bertelli, Versari, Levi, Grassi, Bottazzi, Ruffini.

NOTIZIE DIVERSE.

Una grande inchiesta nel campo igienico assistenziale.

Il presidente della Croce Rossa Italiana S. E. l'on. Ciraolo, e il presidente dell'Associazione Nazionale per gli interessi del Mezzogiorno d'Italia, on. march. Nunziante, hanno dato la loro adesione generica alla iniziativa dell'Istituto Italiano di Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale, espressa dal direttore di questa prof. E. Levi al recente Congresso in Venezia dell'Associazione Italiana per l'Igiene (e da questa accettata) per una serie d'inchieste igienico-assistenziali nelle regioni meridionali e insulari da iniziarsi in Sardegna in occasione del prossimo Congresso dell'Associazione nell'isola.

L'iniziativa dell'Istituto Italiano d'Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale, ha così portato al felice risultato di provocare (per un primo esperimento di utilità nazionale) la collaborazione di alcuni tra i massimi enti assistenziali italiani e ciò in armonia al programma fondamentale dell'Istituto.

I limiti e la forma di tale collaborazione saranno presto determinati dai Consigli di amministrazione delle singole Associazioni, ed il Comitato Direttivo dell'Associazione Italiana per l'Igiene d'accordo con l'Istituto proponente e cogli altri aderenti, concreterà l'immediato programma d'azione relativo all'inchiesta in Sardegna.

Istituto bibliografico.

Abbiamo dato altre volte l'elenco d'Istituti bibliografici (cfr. fasc. 15 del 1921, p. 533).

Ci viene ora annunziata la fondazione di un nuovo Istituto del genere a Gottinga, riservato alla medicina e discipline affini; esegue ricerche bibliografiche, recensioni, riassunti, compilazioni, traduzioni dal tedesco in italiano e viceversa; è diretto dalla prof.a M. Wihlfahrt-Castagneri. Sede: Gosslerstrasse 8 - Göttingen (Germania).

Un Corso al " Preventorio Maraini ,,.

La Croce Rossa Italiana apre ogni anno il Preventorio per Lattanti E. Maraini, che deve alla munifica offerta di Donna Carolina Maraini, come mezzo di dimostrazione, propaganda ed insegnamento ai medici che vogliono completare le loro conoscenze nell'assistenza all'infanzia. Il corso del 1923 è durato 4 mesi e ne sono stati insegnanti i proff. Valagussa, Gazzotti, Sympa, Maggiora, Zanelli, Mancioli, Serena, Gualdi E., Ilvento, ciascuno per la relativa specialità. Gli inscritti sono stati 51. Alla chiusura del corso la Croce Rossa ha bandito un concorso per 7 lavori che risultassero meritevoli di pubblicazione. Sono stati premiati:

il dott. Guidi Aldo con un lavoro sulle cure fisiche nelle malattie delle glandole linfatiche;

i dottori Masetti C. e Fuscà E., con un lavoro sui criteri per una propaganda di profilassi contro la tubercolosi nei lattanti, nello scolaro, nell'adolescente;

il dott. Massa Mario, con un lavoro sul rachitismo come malattia sociale.

Sono stati anche assegnati premi di frequenza in danaro ai dottori Gaetani D., Rolando S., Garofali F.

Un busto al prof. F. Arena.

Nell'Ospedale della nativa Capua è stato inaugurato un busto in bronzo al compianto prof. Francesco Arena, un pioniere della chimica clinica, autore di un ottimo trattato. Alla cerimonia intervenne il rettore dell'Università di Napoli, professor Miranda.

Il commercio degli stupefacenti.

La Società delle Nazioni ha emanato una rigorosa condanna contro l'uso degli stupefacenti in tutti i paesi civilizzati, eccezion fatta per quelli dell'Estremo Oriente, ove l'uso dell'oppio è ammesso legalmente e dove questa droga è liberamente spacciata in pubblico e consumata nelle « fumerie » autorizzate dallo Stato.

La guerra è dichiarata ormai — per chi ci crede — contro i trafficanti di morfina, di eroina, di cocaina, ecc.

Una statitstica americana ha stabilito che il consumo degli stupefacenti è calcolato così, per ciascun abitante: in Italia a 64 milligrammi; in Germania a 128 milligrammi; in Portogallo a 161 milligrammi; nei Paesi Bassi a 226 milligrammi; in Francia a 194 milligrammi. E finalmente agli Stati Uniti a 2 grammi e 232 milligrammi cioè a dire trentasei volte più che in Italia.

Come è noto l'oppio e i suoi derivati provengono dalle Indie, dalla Persia, dall'Egitto, dalla Turchia e dalla Cina. Nelle Indie, dove la cultura, la manipolazione e la vendita dell'oppio sono controllate dallo Stato che ne ha il monopolio, la produzione, nell'anno 1919-1920, si è elevata a 971 tonnellate.

L'8 luglio è morto a Palermo il prof. SPALLITTA FRANCESCO, direttore dell'Istituto di fisiologia di quella R. Università.

Era nato a Mezzojuso (Palermo) nel 1860 e già nei primi anni del suo studentato in medicina, fu ammesso dal prof. Fubini, allora direttore dell'Istituto di Fisiologia di Palermo, come allievo interno.

Con questo Maestro lavorò e collaborò in diversi lavori sperimentali e da lui fu, appena laureato, nominato aiuto. Avendo poi il Fubini lasciato l'insegnamento di Fisiologia per assumere quello di Farmacologia nella R. Università di Torino, lo Spallitta continuò nella carica di aiuto sotto la direzione del prof. Marcacci, il quale ebbe per lui una grande stima come scienziato e come uomo, corrisposta da parte dello Spallitta da profonda e continua devozione. In quel periodo rifulse l'attività scientifica di Francesco Spallitta come dimostrano le importanti sue pubblicazioni sui nervi vasomotori e sensitivi, sulla estirpazione del ganglio di Gasser, sul nervo depressore, ecc.

Nominato prima incaricato e poi titolare, quando il prof. Marcacci fu chiamato a Pavia, la sua attività scientifica non si arrestò, ma anzi si acuì, e pregevoli lavori scientifici furono pubblicati da lui e dai suoi allievi.

Le sue doti personali gli valsero la stima dei colleghi, i quali lo elessero per più anni Rettore dell'Università di Palermo e dei cittadini che lo elessero membro del Consiglio Provinciale di cui fu Presidente fino a quando lo colse la malattia inesorabile che lo portò alla morte.

LO MONACO.

In seguito ad improvviso malore, è morto a 56 anni il prof. dott. VINCENZO FISICHELLA, libero docente di Clinica dermosifilopatica e direttore della sala celtica di Catania.

La sua attività scientifica ed il suo grande amore agli studî sono dimostrati da notevoli lavori sulla lebbra, sulla tubercolosi cutanea, sulla sifilide e sua terapia.

Forse un innato senso di modestia e l'attaccamento alla terra natale lo distolsero dall'aspirare alla Cattedra che Egli certo avrebbe raggiunta per le sue eminenti qualità di scienziato e di pratico. Non per questo l'opera sua fu meno utili, e meno vivo sarà il rimpianto per la sua morte fra i numerosi amici e colleghi.

V. MONTESANO.

Si è spento il dott. MARIO RANDACCIO, che per 32 anni, alacremente lavorando, tenne la condotta di Ustica e il servizio della Colonia coatti; fu un professionista zelante e benemerito.

V. F.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pathologica, 1° mag. — E. PESCI. Partecipazione dei vari organi alla reazione anafilattica.

Bull. d. Sc. Med., gen.-feb. — I NOVI. Nel centenario della nascita di Luigi Pasteur. — G. CAVINA. Cisti sierosa retroperitoneale.

Brit. Med. Journ., 12 mag. — H. E. WHISHINGHAM. Patogenesi e cura della dissenteria da flagellati. — V. KORENCHEROSKY. Effetti dell'eccesso di calcio sullo scheletro.

Japan Med. World., 15 mar. — R. KAWAMURA. L'agente della malattia di Tsutsugamushi. — N. KIMURA. Cancro sperimentale dei polmoni da insufflazione di catrame.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — P. CLARK.

Brain, I. — WALSHE. Riflessi tonici o di posizione nell'emiplegia con riguardo ai «movimenti associati». — Z. SZYMANOWSKI e N. ZYLBERLAST-ZAND. Enc. letarg. ed herpes febbr. — A. GANS. Il ferro nel cervello.

Revue Neurol., mar. — BETCHOV. Il nistagmo vestibolare. — S. JUSTMAN. Nuovo metodo per provocare il rifl. rotuleo.

Folia Med., 30 mag. — P. M FRANCO. Sindrome di Flajani-Basedow e febbre tub. a forma ondulante.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 31 mag. — O. I. SAGGIORO. Distruzione del bac. tub. operata dal tessuto sottocutaneo.

Revue Méd. Suisse Rom., mag. — E. OLIVIER. Il progetto di legge federale contro la tbc.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1923, 3 febb. — J. SNAPPER, A. GRÜNBAUM e J. NEUBERG. La sintesi dell'acido ippurico da parte del rene. — J. MUSKENS. I riflessi mioclonici nella epilessia sperimentale.

Id., 10 febb. — F. VAN DER ZANDE. Tromboastenia emorragica ereditaria. — A. ENDTZ. Due casi di epilessia con fenomeni schizofrenici.

Id., 17 febb. — A. KRULL. La cura della tubercolosi oculare con i raggi. — J. MINK. La cannula tracheale dal punto di vista fisiologico.

Id., 24 febb. — K. DE SNOO. Sulla profilassi della febbre puerperale.

Journal Amer. Medic. Assoc., 12 mag. — C. H. DE T. SHIVERS. Infezione gonococcica del rene. — W. J. MALLORY. Aneurisma dell'aorta toracica causa di dolore addominale.

Giorn. di Clin. Med., 20 mag. — E. PUREDDU. Sedimentazione del sangue asfittico. — C. CONIGLIO. Asma da tenia intestinale.

Annales de l'Inst. Pasteur, apr. — M. NICOLLE e E. CÉSARI. Come si diagnostica un microbo patogeno. — G. SANARELLI. Vie di penetrazione e di «sortita» dei vibrioni colerici. — L. D. WALBUM e J. R. MÖRCH. Importanza dei sali metallici sull'immunizzazione.

Bull. Ac. de Méd., 1° mag. — E. SERGENT e H. DURAND. Sifilide polmonare.

Presse Méd., 19 mag. — J.-A. BARRÉ. Dolori radicolari, simpatici, cordonali sulle compressioni del midollo. — R. MALLET. Angoscia e ossessione.

Clinica Ped., apr. — G. DE TONI. La miopatia rachitica.
Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — J. NICOLAS, J. GATÉ e G. PAPACOSTAS. Erpes uretrale e uretrite erpetica.
Medic. Ibera, 2 giu. — J. GOYANES. Chirurgia dei vasi sang.
Pensiero Med., 19 giu. — E. BANANDI. Le febbricole mestruali post-infettive in rapporto ad infiltrazioni sotto-cutanee da iniezioni.
Morgagni (Arch.), 31 mag. — F. PETROSELLI. Caso di anosmia, agensia e vasta anestesia cutanea.
Practitioner, giu. — O. C. GRUNER. Isto-fisiologia dell'appendicite. — J. PKILLIPS. Il puerperio.
Pediatr., 1 giu. — A. NIZZOLI. La pressione arter. in pediatria. — A. EMMANUELE. Leishmaniosi int. associata a infez. melitense.
Presse Méd., 2 giu. — J.-A. SICARD e J. FORESTIER. Esplorazione radiologica con l'olio iodato.
Mediz. Klinik., 15 apr. — L. ADLER. Edemi in gravidanza. — G. HERMANN. Lesioni nervose da fulminazione.
Deutsche Mediz. Wochens., 13 apr. — Il valore terapeutico del timo in medicina interna. — E. MARX. Psicogenesi e psicoterapia dell'asma bronchiale.
Presse Méd., 11 apr. — M. CHEVASSU. Le uremie curabili.
Paris Méd., 14 apr. — H. CLAUDE, SCHAFFER e ALAJONANINE. Tumore cerebrale simulante l'encefalite letargica.
Journal Am. Med. Assoc., 7 apr. — G. E. FAHR. Il cuore ipertensivo. — G. L. STREETER. Trapianto ipodermico di cuore umano. — H. S. KRETSCHMER. Keratodermia blenorrhagica. — H. GREY e H. F. ROOT. Lipemia retinalis. — W. W. DUKE. La caffeina per via endovenosa: il migliore stimolante.
Deutsche Mediz. Wochens., 27 apr. — E. FREY. Contagio cellulare. — R. ROOSEN. Chemoterapia dei tumori maligni. — J. KISS, L. FRIGYÉR. Azione della papaverina.
Pens. Med., 14 apr. — G. B. ANDO-GIANOTTI. Il fenomeno pilo-motore faradico ed il suo significato clinico.
Arch. de Med., Cir. y Espec., 28 apr. — G. SCHRÖDER. La chimioterapia della tbc.
Rev. Méd. Suisse Rom., apr. — V. DEMODE. Il tubercolo di Carabelli. — E. FAVEZ. Atrofia del ceco?
Mediz. Klinik, 29 apr. — E. F. MÜLLER. Regolazione e significato del tono vascolare. — M. FLOCKENHAUS. Le facoltà psichiche dopo gli strapazzi.
Soc. d. Hôp., 13 apr. — A. SÉZZARY. Ictus bronchitico e riflesso oculo-cardiaco.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Prontuario dell'Igienista

DEL

Dott. A. FILIPPINI

con prefazione del Prof. G. SANARELLI

Ad attestare il valore e l'utilità della pubblicazione, riportiamo alcuni giudizi della stampa medica:

« Questa pubblicazione costituisce un avvenimento librario, nel senso che ha rapidamente incontrato un favore larghissimo tra i medici. Il fatto si spiega, in quanto che essa si rende preziosa agli ufficiali sanitari, ai direttori di laboratori micrografici e batteriologici, ai funzionari addetti ai servizi igienici, a tutti i medici pratici.

Si tratta di una raccolta assai estesa e completa delle conoscenze necessarie per l'esercizio corrente dell'igiene. *Multa paucis:* tale può essere la sua divisa; condensa in uno spazio relativamente ristretto un'immensa mole di materiale e cioè i dati fondamentali dell'igiene e la tecnica (strumentario, reattivi, metodi scelti tra i più precisi e moderni, manuale operatorio).

Il lavoro persegue ed attua un piano nuovo: non è ingombrante come un trattato, non è arido come un formulario. Nulla ha di comune con un trattato, ma secondo noi vale, in pratica, assai di più, perchè risparmia tempo. Non cade nel riassunto schematico; anzi dà nozioni complete e minuziose: per es., insegna come si deve procedere per mettere in opera i mezzi tecnici e ne spiega i dettagli. Di dettagli tecnici è ricchissimo: l'A. è troppo consapevole che spesso basta trascurarne o dimenticarne uno, per frustrare il valore di un esame laborioso. Il libro risponde, per tal modo, ai bisogni effettivi dell'igienista, il quale vuol essere informato in modo preciso sulle modalità di una ispezione, di un esame, di una denunzia; esso mette in grado l'igienista di fare da sè, anche nei campi ove non sia molto esperto e provetto.

Non si cercheranno in questo volume nozioni astratte, disquisizioni e discussioni; vi sono ricordate alcune dottrine solo perchè direttamente necessarie a comprendere i procedimenti tecnici.

Chiarezza e concisione costituiscono le sue doti precipue.

L'A. ha potuto attingere la preparazione e la coltura specifiche necessarie alla redazione del lavoro, grazie alla sua lunga esperienza, acquistata nella Direzione del Laboratorio d'Igiene applicata presso le Ferrovie dello Stato.

Ad attestare il valore di questo prontuario basterà riportare il seguente giudizio del sen. SANARELLI: « È una guida rapida e sicura offerta all'igienista che, in qualunque momento, è messo in grado di richiamare alla memoria tutti gli elementi necessari all'esplicazione dei suoi atti d'ufficio e alla esecuzione delle sue ricerche di laboratorio: dalla compilazione di un rapporto su di un'industria insalubre, a un controllo batteriologico; dall'ordinamento di un dispensario, a una perizia bromatologica; dalla risoluzione di un problema d'igiene edilizia o dei trasporti, alla esecuzione della più ardua reazione sierologica! Nulla vi è trascurato ».

Come per tutti i manuali della collezione, grande cura è stata rivolta al lato tipografico e artistico; il formato è comodo; la stampa nitida. La Casa Pozzi può essere felicitata per la bellezza dell'edizione ».

Dagli **Annali d'Igiene**, marzo 1923.

Il volume.... è una guida copiosa, documentata e aggiornata, che si offre all'igienista per la esplicazione dei molteplici compiti che nella sua missione gli incombono.

Proporzioni veramente enciclopediche ha raggiunto la mole delle conoscenze scientifiche e tecniche necessarie all'igienista oggidì. *Nihil umani a me alienum puto* egli potrebbe ripetere. Il classico manualetto di Ermarch appartiene ormai alla preistoria e il prontuario compilato dal FILIPPINI con coscienziosa e intelligente fatica è tale da riuscire prezioso in molte contingenze.

Guide tecniche speciali saranno sempre necessarie per ricerche singole; ma il libro che abbiamo sott'occhio, completo e sviluppato, nel complesso, armonicamente, non può tuttavia mancare fra gli utili strumenti di lavoro.

Da **L'Igiene Moderna**, febbraio 1923. Prof. G. GARDENGHI.

Un volume in-12 gr., elegantemente rilegato in piena tela, di pag. XVI-562. (Collana Manuali del « Policlinico », n. 10). Roma, Casa Editrice cav. LUIGI POZZI, 1923. Prezzo L. **52.** Per gli abbonati al « Policlinico » L. **45.**

ANNO XXX Roma, 27 agosto 1923 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Il valore della intradermoreazione regionale per la diagnosi di evoluzione di focolaio nella tubercolosi chirurgica.

NOTA PREVENTIVA del dott. F. PARODI.

Attualmente noi ci serviamo delle reazioni cutanee per giudicare dello stato di allergia nell'infezione tubercolare e consideriamo lo stato di ipersensibilità ai prodotti tubercolari come una funzione dei tessuti e non come una reazione vera e propria di antigene e di anticorpo. La conseguenza di questa concezione, non del tutto ancora ammessa, è che: *le reazioni cutanee esprimono lo stato di reattività di fronte alla infezione tubercolare, di un sistema anatomico e non di tutto l'organismo.*

Partendo da questo concetto fondamentale noi abbiamo supposto che le reazioni del tessuto cutaneo alle proteine specifiche dovesse essere diversa nelle differenti regioni a seconda della vicinanza o meno di queste ai focolai in attività ed abbiamo intrapreso una serie di osservazioni cliniche allo scopo di dimostrare la nostra ipotesi. Abbiamo scelto dodici individui d'ambo i sessi dagli otto ai venti anni (1), tutti affetti da forme sicuramente tubercolari ossee od articolari, in attività ed evoluzione; ad essi noi abbiamo praticato ripetutamente, ad intervalli diversi, contemporaneamente, ed in differenti regioni degli arti inferiori e superiori, vicino alla lesione o lontano da essa, ogni volta, un complesso di sei intradermoreazioni (2).

I risultati da noi ottenuti si possono riassumere come segue:

1° Nelle regioni ove ha sede il focolaio la intradermoreazione fu sempre negativa verso la caseosi. È sempre stata invece positiva pronta e durevole ogni qualvolta, localmente, il focolaio volgeva verso la fibrosi.

2° La intradermoreazione nelle regioni lontane dal focolaio attivo è sempre risultata in-

(1) Le osservazioni furono fatte all'*Istituto ortopedico-elioterapico* di *Sanremo* diretto dal dott. Andreoni al quale invio i miei vivi ringraziamenti per il suo cortese interessamento.

(2) Si inoculavano ogni volta in ciascuna regione una-due goccie di tubercolina bruta di Meister Lucius. Due sole volte in due ammalati in ottime condizioni noi abbiamo riscontrato una reazione termica generale (38) durata 24 ore mai però reazioni di focolaio.

dipendente dallo stato di reattività delle regioni ammalate.

3° Reazioni negative abbiamo osservato nella regione, sede del focolaio, coesistere con reazioni nettamente positive delle regioni lontane integre, mai ci fu dato osservare l'opposto.

4° Una diversa intensità della intradermoreazione abbiamo molte volte osservato nelle differenti regioni, ed in una stessa regione, ad intervalli di tempo più o meno lunghi, abbiamo anche notato modificazioni nella reazione in senso positivo o negativo in rapporto con un miglioramento o peggioramento locale.

La portata di queste conclusioni è teorica e pratica:

Esse vengono anzituto a dimostrare:

1° Che la infezione tubercolare dà alla cute una capacità di reazione ai veleni tubercolari che si esplica colla facilità del sistema connettivo linfatico alla proliferazione di elementi mobili.

2° Che tale capacità, la quale sappiamo essere qualitativamente non specifica per la tubercolosi, è quantitativamente subordinata:

a) alla struttura anatomica delle singole regioni del sistema cutaneo;

b) alla azione esplicata sugli elementi dei tessuti dalle sostanze che si irradiano dai focolai tubercolari attivi in evoluzione; queste talora favoriscono la proliferazione degli elementi connettivo vascolare, tal altra invece la paralizzano. L'importanza di queste sostanze, che non conosciamo e delle quali non possiamo perciò affermare in entrambi i casi l'identità biochimica, è stata sperimentalmente provata da Bahrdt, da F. Klemperer, da Cristian, da Rosemblatt; questi autori hanno infatti dimostrato i rapporti di stretta dipendenza che esistono tra il focolaio tubercolare ed il fenomeno di ipersensibilità cutanea.

Una conseguenza teorica della massima importanza derivante dalle proposizioni emesse è che, considerando noi oggi il fenomeno della ipersensibilità come parallelo a quella della immunità, ad una ipersensibilità parziale regionale deve necessariamente corrispondere un immunità parziale regionale la quale spiega in parte il meccanismo della disseminazione dei focolai nelle diverse regioni per mancanza di difesa istogena locale.

E da ricordare che, se da una parte l'andamento generale della infezione tubercolare è dominato dalla «costituzione» (1) dall'altra ogni focolaio in attività agisce preparando entro zone circoscritte, il sistema anatomico sul quale è impiantato alla fissazione di altri focolai.

Praticamente la intradermoreazione pluriregionale è importante perchè permette di controllare i risultati terapeutici specialmente nei riguardi della elioterapia, seguendo cioè direttamente la evoluzione del focolaio (immunità locale) ed indirettamente le condizioni di resistenza generale (immunità organica); infatti se è vero che le reazioni cutanee sono l'indice della allergia cutanea, è anche vero che esse, prognosticamente, conservano un valore fondamentale poichè è da ritenersi che *ogni reazione cutanea negativa lontana da un focolaio* in evoluzione è sempre l'indice di una *defeillance* di tutto l'organismo.

A noi ancor recentemente accadde, in un bambino di dieci anni, affetto da osteoartrice coxofemorale bilaterale tubercolare di poter formulare un grave giudizio prognostico, purtroppo confermato dagli eventi, solo in base alle reazioni della regione affetta, persistentemente negative; mentre le condizioni generali apparivano buone, la pigmentazione per elioterapia discreta e la intradermoreazione delle regioni lontane sane positiva. Venti giorni dopo la constatazione delle reazioni negative si resero visibili ascessi da rammollimento dei focolai, a cui seguì una meningite che uccise il bambino. Solo in seguito *a questa complicazione anche la intradermoreazione delle regioni sane si mostrò negativa.*

In considerazione del valore pratico e teorico delle nostre osservazioni abbiamo creduto utile segnalarle; lo facciamo in breve riassunto intendendo di ritornare più ampiamente sull'argomento.

San Remo.

(1) Vedi PARODI. «Il problema della classificazione delle manifestazioni nosologiche della tesi polmonare». *Tubercolosi*, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sopra una piccola epidemia di stomatiti aftose.

Dott. PILADE CLARA.

L'afta epizootica se ha una importanza grandissima tra le malattie del bestiame, non ha ancora trovato nella patologia umana il suo posto ben definito. Che questa affezione possa trasmettersi alla specie umana è stato per lungo tempo messo in dubbio dalla maggior parte degli autori, nonostante le affermazioni positive dei molti osservatori che si interessarono al problema fin da quando nella seconda metà del secolo XVIII l'afta, dapprima confusa col vaiuolo vaccino, venne identificata come unità morbosa a se stante.

Il Rayer, p. e., che si occupa della questione nel 1839 e che pur ricorda: le osservazioni probative di Sagar (1764), Berbier (1811), Windenburg, Tilgner, Schnhard; le esperienze positive fatte su se medesimi da Hertwig e dai suoi allievi Mann e Villain; in tentativi riusciti di inoculazione al bambino di Bousquet e Loude; conclude con l'affermare che «Si la possibilité de la transmission à l'homme sembre résulter des observations de Sagar, etc...., c'est cependent encor un objet de doutes».

Dépaul nel 1863 afferma che «la maladie aphteuse observée sur divers animaux n'est autre que la variole»; Magne dice che «la fièvre aphteuse ne se comunique pas à l'homme»; così pure Reynal nel *Traité de police sanitaire* (1873). Mentre Bauley che ha studiato l'importante epidemia di afta del 1872 dice: «Point de doute sur la possibilité de la transmission à l'homme d'une maladie febrile se caractérisant par l'éruption dans la bouche de vescicules».

Dopo d'allora le osservazioni si sono moltiplicate tanto che Bussenius e Siegel hanno raccolto fino al 1896 più di 1500 casi di afta epizootica umana, nel 54 % dei quali la malattia sarebbe trasmessa per il latte; e molti altri ne elenca Cadiot da cui tolgo parecchi di questi dati.

La prova sperimentale della trasmissione venne data dal Schantyr e più recentemente dal Bertarelli e dal Mantegazza colla trasmissione della malattia a dei vitelli per mezzo della inoculazione di saliva di ammalati affetti da stomatite aftosa.

La possibilità della trasmissione dell'afta all'uomo si può dunque ritenere oggi accettata e viene ammessa da tutti gli autori; il problema non è però per questo interamente risolto. È la febbre aftosa frequente nell'uomo o assolutamente eccezionale? Si trasmette solo per contagio diretto od anche per via indiretta? è una affezione poco grave o può assumere i caratteri di una malattia gravissima? Quesiti tutti che non trovano una risposta uniforme nei varî autori.

La maggior parte dei trattatisti ammette oggi che l'organismo umano costituisca un terreno poco favorevole all'attecchimento dell'afta, e che questa in generale si deve ritenere una affezione poco grave ed a rapida risoluzione. Altri invece danno all'afta un'importanza morbosa ben più rilevante. Arthaud che osservò un'epidemia nell'uomo nel 1901-1902 dice trattarsi di un'affezione comune: ma che per il suo polimorfismo può essere facilmente misconosciuta.

Levy che osservò un'altra epidemia nel 1911 pensa che la febbre aftosa sia in molti luoghi la causa principale della grave mortalità dei bambini durante la stagione calda. Alcuni autori poi parlano di epidemia con mortalità nell'uomo dell'8 % degli ammalati.

La questione è importante specialmente in rapporto ai pericoli che possono derivare dall'uso di latte proveniente da vacche aftose. È noto che la nostra legislazione sanitaria, d'accordo del resto con quella degli altri paesi, considera questi pericoli pressochè nulli, e non mette nessuna restrizione all'uso di detto latte. Noi abbiamo invece visto come non manchino autori che la pensano in modo affatto diverso, e fatti che sembrano dar loro ragione. A questo proposito ricordo i dispareri manifestatisi nel 1912 nella Società Olandese per l'Incremento della Medicina. Questa Società aveva posto il 16 febbraio 1912 il quesito della contagiosità o meno del latte di mucche aftose, alle diverse sezioni di cui è composta. La maggior parte risposero negativamente, alcune in modo dubitativo, quella di Amsterdam in modo recisamente affermativo, segnalando fra l'altro alcuni casi verificatisi in città ed una forte epidemia avutasi l'anno prima nell'isola di Goerce e Overflakkee.

Questa questione pur tanto interessante, non può dunque considerarsi definitivamente risolta, e credo pertanto utile portare ad essa un modesto contributo, descrivendo una piccola epidemia di stomatiti aftose, dovute all'uso di latte proveniente da vacche affette da afta epizootica; epidemia che ho avuto occasione di osservare nel marzo di quest'anno.

* * *

Si tratta di 5 casi sviluppatisi quasi contemporaneamente in un cascinale abitato da una sessantina di persone. Ne riassumo brevemen-

te le storie cliniche del resto molto semplici ed uniformi.

CASO I. — F. G., a. 47, cavallante, abitante a Rossate. Viene da me visitato il 6 marzo, accusa male in bocca con disturbo nella masticazione e salivazione abbondante. Dice che la presente malatia risale a 3 giorni prima, fu preceduta da lieve malessere generale, con modica febbre e qualche brivido; ora non ha più alcun disturbo dello stato generale. E. O. presenta mucosa del cavo orale alquanto arrossata in toto; sulla punta della lingua si nota una ulceretta affatto superficiale pianeggiante. di forma ovale delle dimensioni di meno di 1 centesimo, a bordi leggermente frastagliati non scollati, a fondo granuloso di color rosso vivo; esaminando il resto della cavità boccale si notano ancora più posteriormente sulla faccia dorsale della lingua poche macchie bianco grigiastre, più piccole della precedente, leggermente rilevate, circondate da alone rosso cupo. Alcune macchie simili si notano ancora sulla faccia interna della guancia destra e del labbro inferiore. Si palpa una piccola ghiandola dura e mobile alla regione sottomascellare d.

CASO II. — M. C. bambina a. 9, abitante a Rossate, visitata lo stesso giorno. È ammalata da quattro giorni, non sa se abbia avuto febbre, ma avvertì malessere generale con disappetenza e cefalea, non fu però costretta a letto. Avverte bruciore in bocca, salivazione abbondante, fastidio nell'articolazione della parola. E. O. presenta mucosa orale arrossata, bocca ripiena di saliva, parecchie chiazze rotondeggianti leggermente rilevate, delle dimensioni in genere di una lenticchia, di colore vario dal bianco opaco al grigio sporco, con alone rosso azzurrognolo ben evidente in alcune, ed appena accennate in altre. Queste macchie si notano sul dorso e margine della lingua sulla faccia interna delle labbra e nel solco gengivale; non sono confluenti ma sparse assai rade in dette regioni. Si palpano piccole ghiandole mobili e dure in entrambe le regioni sottomascellari.

CASO III. — N. T., a. 2, bambina, abitante a Rossate, visitata pure lo stesso giorno, a detta dei parenti è ammalata da quattro o cinque giorni, inghiotte a stanto cibi liquidi, ha parola assai difficoltata. Ha presentato segni di malessere generale con diarrea; non ha febbre al momento dell'esame ma appare alquanto depressa. Tiene la bocca socchiusa colla lingua presentata alle arcate dentarie semiaperte. La lingua appare ingrossata, dalla bocca fuoresce saliva commista a sangue. Si rileva foetor ex ore. L'esame della cavità orale è assai difficoltato dalla resistenza della bambina che vi si rifiuta violentemente. Nel solco gengivale corrispondente al labbro inferiore si notano alcune chiazze bianco-grigiastre, con alone iperemico, delle dimensioni di una piccola lenticchia, in alcuni punti l'essudato grigiastro appare come strappato, con formazione di piccole fessure sanguinanti. L'ispezione rileva ancora carie dei due molari inferiori di destra, in corrispondenza dei quali la gengiva appare ricoperta da patina grigiastra, ed il bordo linguale mostra in questa regione una superficie depitelizzata sanguinante. Si palpano ghiandole ingrossate a destra.

CASO IV. — F. A., bambino di anni 4, abitante a Rossate, visitato il giorno 9 marzo. È ammalato da tre giorni ha avuto inizialmente febbre, e nei giorni successivi disturbi intestinali con diarrea. Ora è apirettico, stato generale buono, accusa dolore in bocca. E. O. Stomatite simile alle precedenti: Si notano piccole chiazze grigio-giallastre rotondeggianti con alone azzurrognolo alla faccia interna delle guance, una sola al margine sinistro della lingua anteriormente, ed una chiazza un po' maggiore, sul pavimento della bocca, in corrispondenza del margine sinistro del fremulo. Non si palpano ghiandole sottomascellari.

CASO V. — B. G., contadina di anni 26, abitante a Rossate, visitata lo stesso giorno. Dice di non aver avvertito malessere di sorta; solo da ieri sente bruciore in bocca. E. O. presenta 3 chiazze simili alle precedenti localizzate al dorso della lingua, ed una piccola flittene ripiena di liquido torbido nel solco gengivale inferiore.

Il decorso fu in tutti questi ammalati molto favorevole, le lesioni andarono rapidamente regredendo, cosicchè dopo circa una settimana erano tutti guariti, eccetto la bambina di cui al n. 3 nella quale durò per circa un mese un processo di stomatite, con fatti prevalenti di gengivite inferiore destra e con permanenza dell'ulcerazione del bordo linguale.

Per la cura mi limitai a colluttori di acqua ossigenata, solo nella bambina predetta praticai poche pennellature con soluzione di nitrato d'argento a l'1 %.

Questi cinque casi di stomatite non meriterebbero di essere rilevati, se il loro comparire in forma di piccola epidemia, nelle circostanze di cui verrò ora dicendo, non ci permettesse di attribuirne quasi sicuramente l'etiologia all'afta epizootica bovina.

Ai primi tre casi osservati non seppi li per li attribuire una causa probabile, quantunque il loro comune nesso etiologico non potesse non risaltare subito alla mente. Pensai tutta prima all'ingestione di sostanze medicinali, o di sostanze alimentari irritanti; ma un'inchiesta al proposito risultò assolutamente negativa. Aggiungono che tutti gli ammalati vennero fatti denudare ed in nessuno riscontrai segni di qualunque malattia esantematica. Solo dopo tre giorni nel recarmi allo stesso cascinale notai affisso sul portone il cartello « Zona infetta da afta epizootica » che per legge deve esporsi nei luoghi dove si sviluppa questa malattia. Fu allora che mi si affacciò alla mente l'idea di una infezione di questa natura, idea che accettata dapprima con riluttan-

za (confesso che prima d'allora non mi erano noti o quasi così di trasmissione dell'afta all'uomo) divenne in seguito certezza dopo che ebbi constatati gli altri due casi ed appurato quanto segue.

Nella cascina esistevano due stalle appartenenti a proprietari diversi; nella prima si era sviluppata l'afta fin dalla fine del mese di gennaio; nella seconda invece la malattia non era comparsa che una ventina di giorni prima; ora tutti gli ammalati, che del resto non avevano avuto contatti speciali cogli animali infetti, avevano fatto uso di latte crudo proveniente da questa stalla. Lo stesso latte era stato bevuto da altre persone senza recar loro danno, e veniva usato bollito da quasi tutti gli abitanti del cascinale. Aggiungerò che l'afta non aveva presentato nel bestiame carattere di particolare malignità, che alcune mucche da me osservate presentavano ancora tracce di manifestazioni alle mammelle; che nessuno dei mungitori aveva presentato manifestazioni attribuibili a questa malattia.

Dopo queste risultanze il criterio clinico ed epidemiologico mi parvero troppo probativi per poter dubitare dell'etiologia dei casi da me osservati. Che si tratti di causa etiologica unica non mi pare discutibile per la contemporaneità e molteplicità dei casi di una malattia del resto non comune; che questa causa fosse l'afta epizootica bovina, mi pare ancora da non dubitare, in quanto l'unico rapporto comune fra le persone affette era stato appunto quello di far uso di latte crudo proveniente da vacche aftose.

Le conclusioni che io posso azzardarmi a trarre dall'osservazione di questa piccola epidemia non possono certo essere gran cosa; essa però mi ha fatto pensare ad alcuni casi analoghi, quantunque isolati, che ricordo di aver osservato nei miei anni di esercizio in campagna, in una regione nella quale l'afta epizootica è per la ricchezza del bestiame lattifero molto comune. E poichè ora dubito che la causa etiologica di almeno parte di essi possa attribuirsi all'afta epizootica, così credo non inutile richiamare sulla questione l'attenzione dei colleghi, perchè possano moltiplicarsi le osservazioni in proposito e riuscire decisamente conclusive.

Sulla benignità delle forme da me osservate sul carattere quasi esclusivamente locale che la malattia ha in esse conservato, credo inutile insistere per l'impossibilità di trarre da pochi casi delle considerazioni di indole generale. Voglio piuttosto accennare a questo; che in tutti i casi il latte incriminato, munto sul posto, era stato consumato poco dopo la mungitura; avrebbe forse questo fatto un'importanza nel senso di conservargli una contagiosità che andrebbe in seguito attenuandosi? Altra osservazione su 5 ammalati 3 presentavano denti cariati.

BIBLIOGRAFIA.

ARTHAUD. *Etude sur la fièvre aphteuse à l'état épidemique chez l'homme.* Progrès médical, 1902.
BERTARELLI. Rivista di igiene e sanità pubblica, 1907.
BLICH. The Lancet, 1895.
BOULEY. *Sur l'épizootie de fièvre aphteuse qui règne actuellement en France et dans toute l'Europe.* Bulletin, 1872.
BUSMANN. Archiv. f. wissensch n. prakt. Thierheilkunde, 1885.
BUSSENIUS und SIEGEL. *Zur Frage der Uebertragung von Maul und Klauensenche auf den Menschen.* Deutesche med. Wochenschr., 1896.
CADIOT. Recueil de Méd. Vétérin, 1913, n. 9-11.
DAVID. *La stomatite aphateuse et son origine.* Arch. générales de Médicine, 1887.
GLAISTER. The Lancet, 1896.
KALLERT. *Parassitologia dell'afta epizootica.* M. M. W., 1915, n. 13.
LÉVY. *Modalités cliniques de la fièvre aphteuse des animaux a l'homme.* Progrès Méd., 1902.
LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vallardi, 1915.
MANTEGAZZA. Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle, 1907.
MARIANI. Id. id., 1921.
Il Moderno Zooiatro. 31 marzo 1913.
MONTI. Congresso sociale di Medicina interna, Pisa, 1901.
RAYER. *Sur l'épizootie regnante.* Bulletin, 1838.
RUSSI. La Clinica Veterinaria, 1903, t. II.
SCHANTYR. Archiv. Veterinarnick. Nacuk, 1893.
STAUFFACHER. *Parassitologia dell'afta epizootica.* W. Engelmann, Leipzig, 1915.
THORN. *Twelfth Report of the Médical officiér of the Privy Council.* London, 1869.
WEIGEL. Berichet über d. Veterinärwenen im. Sachsen, 1894.

Comazzo, 20 dicembre 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE REGINA ELENA DI ASMARA.

Intervento cesareo eseguito con mezzi insufficienti. Guarigione della madre - Sopravvivenza del feto

pel dott. ENRICO BUSSA-LAY, chirurgo primario.

In un giornale eminentemente pratico (come questa Sezione del *Policlinico*) potrà trovare degno posto il caso clinico che intendo illustrare. Lo scopo è semplicemente quello di far notare come anche con mezzi insufficienti, in ambiente infelice, ma certo, con qualche abilità tecnica, sia possibile, talora, eseguire, con felice risultato, degli atti operativi di qualche entità. Premetto qualche dato accessorio prima di entrare in argomento.

Il 5 ottobre u. s. mi recai da Asmara a Massaua per accompagnare il dott. R..., affetto da grave male cardiaco. Passai a Massaua la notte del 5 e pregato dal malato acconsentii a fermarmivi anche la mattina del giorno seguente. Poi per la mancanza di treni in partenza, da Massaua per Asmara, fui obbligato a protrarre il soggiorno fino alla mattina del 7.

Durante il pomeriggio del 6 fui invitato da un collega a visitare, in consulto, una gestante, la signora... Ester, giovine di 19 anni la quale da tre giorni era in soprapparto. La paziente in un primo parto a termine, avvenuto qualche anno prima, aveva messo alla luce un feto morto al 3° mese e poi calcificato. Una sorella della paziente ha avuto recentemente un parto distocico che ha richiesto l'intervento dell'ostetrico ed è stato seguito da un puerperio complicato con phlegmatia alba dolens; ma infine si è rimessa perfettamente.

All'esame fisico la paziente presentavasi di costituzione gracile con bacino uniformemente ristretto (circonferenza pelvica minore di 70 cm.; coniugata diagonale 10 cm. ½). Fondo dell'utero nella zona media sopra ombellicale. Contrazioni uterine estremamente fiacche e distanziate fra loro. Movimenti attivi del feto percettibili distintamente. Feto in situazione longitudinale: piccole estremità in alto, estremità cefalica in basso, allo stretto superiore. Doppio battito nel quadrante inferiore destro; esso udivasi precipitoso ed alquanto velato nel 2° tono. All'esplorazione si poteva accertare una diagnosi di presentazione in C I D A. Si constatava integrità del sacco con oligoamnios.

Collo uterino dilatato ad 8 ½ cm. circa. Riassumendo ci trovavamo in presenza a distocia causata da viziatura pelvica e da contrazioni uterine fiacche.

Durante la mattinata una violenta scossa di terremoto era venuta a risvegliare la matrice sonnolenta, la quale ebbe qualche contrazione vivace, ma subito dopo l'inerzia riprese il sopravvento.

La donna era sofferente come pure il feto. Dichiarai alla famiglia che non vedevo in una assistenza passiva una via di uscita plausibile e chiesi di poter intervenire, a seconda delle circostanze, cosa cui la famiglia non oppose la menoma difficoltà.

Fu perciò che collocai la paziente in posizione conveniente, su un tavolo ginecologico improvvisato con un tavolo ed un materasso, ed eseguite le elementari pratiche di pulizia procedevo alla rottura del sacco delle acque, le quali risultarono molto scarse, non più di 250 cmc. Quindi passavo all'applicazione del forcipe. Con testa nello scavo in C I D A era d'obbligo una applicazione indiretta, cioè la branca femmina doveva precedere la maschia e poi doveva seguire il disincrocio a Lachapelle, cosa che io feci a puntino. Ma per quanto congruamente sia stata fatta l'applicazione e validamente la successiva trazione, secondo la direzione dell'asse pelvico, non si riuscì a far progredire di un millimetro la parte presentata, la quale era come incavigliata tra pube e sacro. Mi parve inutile insistere col forcipe. Degli altri procedimenti: il rivolgimento non avrebbe eliminati i difetti del bacino e l'atonia uterina, la sinfisiotomia mi parve insufficiente, tenuto anche conto della notevole inerzia uterina; e poichè la famiglia della paziente avrebbe desiderato possibilmente un feto vivo, dato l'esito infelice del parto precedente scartai, senz'altro, l'embriotomia. Non rimaneva dunque altro che il taglio cesareo per la cui esecuzione ottenni il pieno consenso della gestante e dei famigliari.

Senza frapporre alcun indugio feci trasportare la paziente all'ospedale di Massaua, che è un rudimento di quello che era nella mente dell'ideatore, in quanto una parte di esso è stata smantellata dal terremoto e sostituita da padiglioni in legno; d'una parte, iniziata a cemento armato, s'è sospesa la costruzione.

Non vi sono sale per asettici, non v'è una sala d'operazione. V'è una sala di medicazione dove si può eseguire qualche operazione di urgenza. Il tavolo operatorio è veramente tipico: per legge di equilibrio è stato costrutto con quattro piedi, ma uno di questi è stato spezzato dal crollo del soffitto provocato dal terremoto e sostituito in parte da mattoni posticci. Il tavolo è dunque un mutilato del terremoto. Personale infermiere indigeno, volenteroso ma non allenato ad interventi di alta chirurgia. Lo strumentario di cui dispone è ridotto a qualche bisturi, due o tre pinze Pean, alcune pinze Kocher, due uncini ottusi, una pinza anatomica ed una chirurgica, degli aghi per sutura.

Durante la serata, di cui parlo, la temperatura naturale, nella sala così abbozzata, era di 35 centigradi a finestre semiaperte.

Cominciai col far inondare il pavimento con acqua corrente dell'acquedotto di Dogali che dato il clima e la latitudine ha una temperatura costantemente elevata; bruciai colla fiamma ad alcool il piano del tavolo operatorio e dei tavolini chirurgici; tolsi dalla vetrata una tenda inutile, feci bollire il materiale di medicatura e lo scarso strumentario disponibile.

Quindi si passò alla preparazione delle mani che venne eseguita normalmente entro catinelle (bruciate alla fiamma) con acqua bolli-

ta, caldissima, spazzola e sapone per 30 minuti dopo la consueta toeletta delle dita ed in ultimo con immersione in alcool per qualche minuto. Nella mia borsa da viaggio avevo, per fortuna, un paio di guanti da operazione che feci bollire e calzai. La donna fu sottoposta ad una prolungata lavanda vaginale calda poi a spazzolamento vaginale con alcool. Poi si procedette all'atto operativo:

Anestesia cloro-morfinica eseguita dall'indigeno Gemè. Disinfezione iodica. Assisteva il dott. Centuri. Eseguii la laparotomia mediana ombelico pubica. Spinto verso il diaframma il pacco intestinale con salviette bollite esteriorizzai l'utero circondandolo con altre salviette sterili. Un'incisione di 10 cm. circa sulla parete anteriore dell'utero, lungo la linea mediana, tra 3° superiore e 3° inferiore è seguita da abbondante emorragia a nappo cui si ripara prontamente colla sollecita apertura del sacco, coll'estrazione del feto, colla recisione del cordone fra due pinze e coll'immediato secondamento.

A queste manovre segue la detersione accurata della cavità uterina e la sutura della sua parete in due strati; uno strato muscolare ed uno siero sieroso lasciando esclusa dalla sutura la mucosa.

Il feto discretamente sviluppato non dava in primo tempo segni di vita. Esso fu, tosto, affidato alle cure di una cortese signora (a Massaua non esiste levatrice) la quale, dietro mio consiglio, mentre io prendevo colla possibile sollecitudine, alla chiusura dell'addome praticò al neonato delle manovre di respirazione artificiale alla Schultze, l'apertura forzata della bocca, la trazione della lingua, finchè un vagito non venne a mettere una nota gaia nell'ambiente reso drammatico dall'insieme delle circostanze.

Decorso post-operatorio: Mai dolentia all'addome, circolo intestinale integro: quindi mai meteorismo o vomito. Lochiazioni piuttosto irregolari per qualità, talora arresto ma aspetto, sempre, buono. Elevazioni termiche leggere durante tutto il decorso. Al 12° giorno si tolgono i punti di sutura mentre si riscontra una cicatrizzazione per prima intenzione. In 20ª giornata si manifestò una flebite della safena interna di sinistra accompagnata da rialzo termico che cedette a qualche iniezione di siero antistreptococcico ed a qualche iniezione endovenosa di sublimato (2 millig. per volta) mentre il processo flebitico seguì il suo normale svolgimento ed in due settimane poteva dirsi spento. Questo per la madre.

Il neonato soffriva, in principio, di disturbi dispeptici causati dalla facile alterabilità del latte animale dovuta al clima di Massaua. Col cambiamento del clima e col latte somministrato dal baliatico, a poco a poco, si rimise e prese a prosperare.

Data la meschinità dei mezzi, l'ambiente poco adatto, il personale assistente non pratico non si poteva sperare di meglio.

La complicanza flebitica fu dovuta, in parte a predisposizione familiare avendo anche la sorella della nostra paziente sofferto della stessa complicazione morbosa puerperale. Del resto anche questa complicanza fu superata dalla paziente con fortuna tanto che ora gode ottima salute

Megacolon congenito con eviscerazione

per il dott. A. DE BLASI.

Storia clinica. — Nel luglio del 1921, trovandomi in Cutrofiano di Lecce per altre incombenze professionali, venni dall'egregio dottor Donato Storella richiesto di vedere un neonato mostruoso vissuto ventiquattrore e morto poche ore prima della nostra visita.

Il bambino di sesso maschile era nato a termine da gravidanza e parto normali e da genitori sani poco più che trentenni, i quali avevano avuto precedentemente quattro altri figli senza aborti. Dei figli, i due viventi — un maschio ed una femmina — sono sani, normali e in buona salute; altri due sono morti nella prima infanzia con affezioni acute bronco-polmonari.

Il neonato di dimensioni normali, a sviluppo scheletrico regolare, giacente sul dorso, presentava l'addome largamente aperto per mancanza di buona parte della parete addominale centrale e da esso fuoriusciva il pacchetto intestinale coperto da un'ansa dell'intestino globosa, cianotica, distesa grossa quanto un grosso braccio di uomo e corrispondente esattamente al colon del feto. La diagnosi ci fu agevole: megacolon congenito con ernia addominale, o meglio, con eviscerazione congenita.

A noi fu impossibile procurarci un clichè del caso davvero interessante, ma per chi abbia a sua disposizione il trattato di Pediatria dello Schlossmann nella edizione italiana del Vallardi può agevolmente aver presente il caso nostro gittando uno sguardo sulla illustrazione a pag. 141 del vol. III nel quale la parete addominale è stata aperta dal settore.

Il megacolon congenito rientra sempre nelle rarità cliniche, quantunque dall'epoca in cui questa entità morbosa fu identificata dall'Hirschsprung di Kopenhagen nel 1880, le osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche si siano quasi ininterrottamente succedute sino ai giorni nostri.

Pertanto è degno di essere illustrato ogni caso che s'incontri nella pratica medica, giacchè è sulla messe e sulla varietà delle osservazioni che potranno poggiare le indagini patogenetiche tuttora abbastanza oscure.

Se si voglia limitare la statistica ai casi di autentico megacolon congenito il numero di osservazioni è abbastanza ristretto e risalendo dal 1914 ad oggi, si contano appena cinquanta casi stando ai dati riportati dal Fisch di Praga nello Schlossmann e dal Ladd nel *The Boston med. und surgical Journal* del 1921. Parimenti il Jenwich su trentamila autopsie nel London Hospital non ne avrebbe incontrati che tre casi. Viceversa se estendiamo la statistica a tutti i casi di megacolon, e cioè congenito ed acquisito, i dati si spostano rapidamente e così troviamo che già nel marzo del 1915 Schneidernonn poteva raccogliere in tutta la

letteratura del tempo ben trecento cinquantotto casi.

Evidentemente quindi la rarità clinica e l'interesse scientifico sono limitati alla pura forma congenita nel senso inteso pure dal nostro Mya.

Ma qui è bene intendersi: noi possiamo con sicurezza parlare di megacolon congenito in tutti quei casi di feti immaturi o di feti nati a termine, vivi o morti, che per l'enorme sviluppo e la conformazione del ventre — sul quale si delinea il tumore globoso del megacolon — non offrono difficoltà per la diagnosi clinica, la quale non soffre smentita al tavolo anatomico; ma quando nel neonato e nei primissimi mesi di vita mancano i segni fisici sensibili di un tumore addominale e vi sono solamente disturbi funzionali, noi non possiamo con sicurezza affermare che in quei casi si sia trattato di un vero megacolon congenito, anche quando un'autopsia o un intervento operativo capitato nella prima o seconda infanzia ci dimostri un'ectasia colica.

In questi casi, in cui la diagnosi si poggiò unicamente sulla stitichezza ostinata che spesso fu vinta con mezzi medici e qualche volta con interventi chirurgici, è lecito pensare che da una ipocinesi intestinale — forse per difetto di sviluppo delle tuniche muscolari — ne sia derivata appunto un'ectasia colica con o senza ipertrofia. Ma da ciò esula naturalmente il concetto del vero megacolon congenito.

Per quello infatti che possiamo dedurre dalla nostra osservazione, e per quanto si può dedurre dalla lettura di casi consimili al nostro, il vero megacolon congenito, anche se parziale, è tale anomalia ed ha tale volume da indurre segni sensibili evidenti nella conformazione del ventre del piccolo nato e da essere quasi sempre incompatibile con la vita.

Il megacolon congenito è stato osservato in feti non nati a termine e io trovo già registrata una osservazione di Von Ammon su di un feto di sette mesi e un'altra del prof. Langer, in un feto di cinque mesi, riprodotta appunto nell'illustrazione sopra citata. Nessun caso però trovo registrato nella letteratura di megacolon con eviscerazione addominale congenita, e questo fatto che ha importanza patogenetica non trascurabile, rende ancora degna di nota la nostra osservazione.

Invero già la concomitanza del megacolon con l'ernia addominale congenita ci dice che siamo innanzi a prodotti anomali con gravi turbe di sviluppo, ma il fatto che qui nel nostro caso non si trattò già della semplice ernia addominale libera da involucri — di cui pure io ho avuto occasione di osservarne qualche caso nella pratica — ma di vera eviscerazione per mancanza di buona parte della parete addominale, c'induce a credere con ogni presunzione che la mancata formazione della parete addominale fu dovuta appunto all'enorme e precoce sviluppo del colon nella vita embrionale.

Se infatti ci rifacciamo dai dati embriologici vediamo che già prima del terzo mese della vita endo-uterina, il colon, nettamente individualizzato e ben distinto dal resto dell'intestino, assume uno sviluppo autoctono.

Quasi contemporaneamente avviene nell'embrione la chiusura dell'ombelico cutaneo e la formazione delle pareti ventrali costituite originariamente dalla somatopleura sotto l'aspetto di una membrana (*membrana reuniens inferior*) fibro-cutanea, di cui la lamina esterna fornisce il derma cutaneo e l'interna il peritoneo parietale.

Pertanto è logico pensare che nel nostro caso lo sviluppo tumultuario del colon — per cause che ancora sfuggono alle indagini scientifiche — abbia impedito che il peduncolo ectodermico, rinchiudendosi man mano al disopra dei visceri scoperti, formasse appunto l'ombelico cutaneo, come negli embrioni normali, e lasciasse perciò il pacchetto intestinale nudo, quale a noi si è presentato.

Taviano (Lecce), settembre 1922.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un ureometro pratico per la misura dell'urea nel sangue e nelle urine.

per il dott. prof. GUSTAVO RAIMOLDI.
aiuto chirurgo negli Ospedali di Roma.

La ricerca dell'urea nel sangue è ormai entrata fra gli esami più frequenti di laboratorio per le deduzioni pratiche che da essa vengono tratte sia nei riguardi della prognosi sia in quelli della terapia delle lesioni mediche e chirurgiche dei reni.

Il metodo più semplice per la ricerca quantitativa dell'urea è, come è noto, quello con l'ipobromito di soda. Numerosi apparecchi furono immaginati e costruiti allo scopo e cioè gli ureometri di Yvon, di Duprè, di Ambard e Hallion, ecc.

Perchè i risultati raccolti siano senza errori, è necessario che l'apparecchio usato, possa venire immerso completamente nell'acqua durante il tempo in cui si svolge la reazione, e dopo che la reazione si è svolta. Solo in tale maniera si ovvia agli inconvenienti che si lamentano negli ureometri non immersi e che sono dovuti alle inevitabili variazioni di temperatura che sopravvengono a causa della reazione e durante la reazione stessa, solo così la temperatura ambiente può essere misurata con scrupolosa esattezza.

E ciò è di interesse non trascurabile poichè per conoscere il vero volume dell'azoto sviluppato sia che ci serviamo della formula

$$V^1 = \frac{V\,(B \cdot T)}{760\,(1 + 0{,}003665t)},$$

sia che adoperiamo le tabelle già calcolate, nell'uno e nell'altro caso i risultati che si ottengono sono in dipendenza del valore di t, cioè del grado della temperatura ambiente e del valore di T, cioè della tensione del vapore acqueo in mm. di Hg. alla temperatura dell'ambiente (t).

Gli ureometri accennati non rispondono a questi requisiti. In quello di Ambard e Hallion non siamo sicuri che delle bollicine di aria non rimangano aderenti alla parete interna del ditale di gomma alterando i risultati.

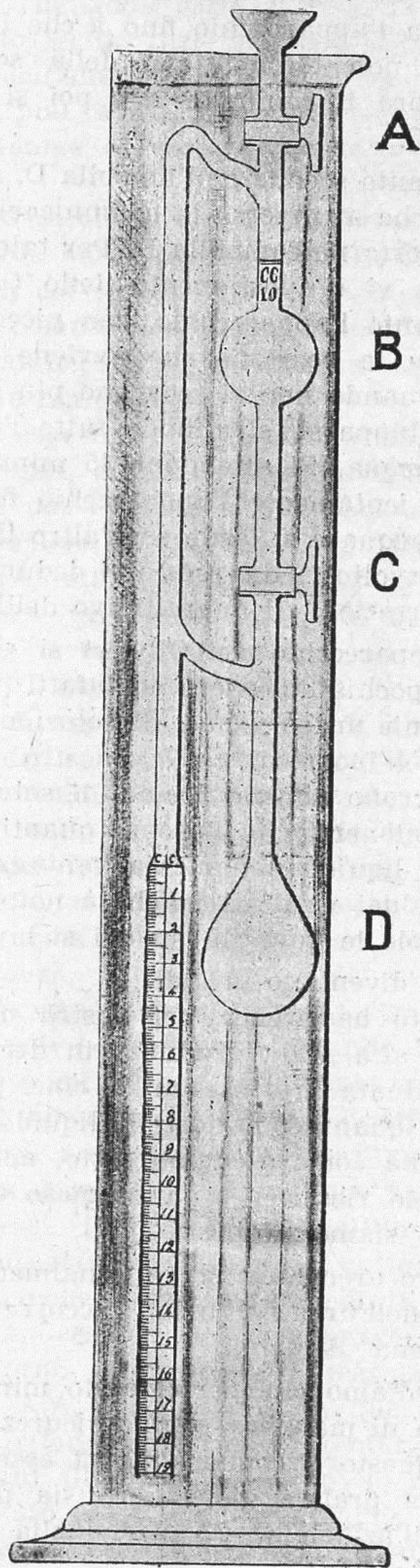
Le condizioni per un ottimo funzionamento sono invece raggiunte dall'ureometro Olivieri che è tutto avvolto da un mantello di acqua ed infatti adoperando soluzioni titolate di urea si ottengono con tale apparecchio controlli perfetti. Differenze notevoli si hanno paragonando l'Olivieri con l'Ambard ed infatti ecco i risultati ottenuti nell'esame di un siero:

Ambard, urea 0,468 ‰.
Olivieri, urea 0,398 ‰.

L'apparecchio di Olivieri è però alquanto ingombrante ed attualmente costoso.

Noi abbiamo cercato di costruire un ureometro di facilissimo maneggio, di poco costo e che risponde ai requisiti richiesti per eliminare le cause di errore. Noi usiamo questo ureometro da più di un anno: esso ci ha dato in ogni caso buoni risultati.

Più che una descrizione dettagliata, varrà a dimostrazione la figura qui unita.



Un tubo di vetro, nella porzione inferiore calibrato e diviso in decimi di cmc., è unito e comunicante con un sistema pure di vetro

formato da due rubinetti e da due ampolle. Il tutto è immerso in un cilindro di vetro ripieno di acqua.

Per usare l'apparecchio lo si solleva dall'acqua tenendo aperti i due rubinetti A e C e attraverso l'imbuto superiore si fa discendere nell'ampolla inferiore D il liquido da esaminare, nella quantità voluta e misurata. Si chiude il rubinetto C: si fa discendere nell'ampolla B l'ipobromito nella dose di 10 cmc. circa. Una divisione segna questa misura.

Si solleva l'apparecchio fino a che il livello dell'acqua non tocca lo 0° della scala. Si chiude allora il rubinetto A e poi si apre il rubinetto C.

L'ipobromito scende nell'ampolla D, spostando l'aria, che attraverso la comunicazione esistente si porta nell'ampolla B. Per tale meccanismo non vi è spostamento dello 0°. Sollevato alquanto l'apparecchio, con piccole scosse si aiuta la reazione che avviene nell'ampolla D. Quando non si scorgono più bollicine di gas svilupparsi, si affonda tutto l'apparecchio nell'acqua. Si attendono 15 minuti e poi si solleva lentamente l'apparecchio fino a livello dell'acqua e si legge senz'altro il volume dell'azoto svoltosi: da questo si dedurrà, dopo le note correzioni, il quantitativo dell'urea.

Con l'apparecchio dell'Olivieri si può lavorare con pochissimo siero ed infatti può essere sufficiente un solo cmc. di soluzione da far reagire coll'ipobromito. Nel nostro apparecchio occorrono almeno 5 cmc. di soluzione. È però da ritenersi che l'uso di quantità molto piccole di liquido non riesca vantaggioso per l'esattezza dei risultati poichè è noto che più sono piccole le quantità su cui si lavora, più gli errori diventano grandi.

Del resto basterebbe nel nostro ureometro sostituire alla scala graduata in decimi, una scala graduata in centesimi di cmc. per poter utilizzare quantità minori di liquido da esaminare, ma come abbiamo detto, non crediama che ciò riescirebbe vantaggioso alla esattezza che siamo proposti.

Il nostro ureometro serve ugualmente per il dosaggio dell'urea nell'urina: occorre solo adoperare 1 cmc. di urina.

Noi crediamo che per il costo minimo, per la facilità di manovra, per la sicurezza dei risultati, questo ureometro possa essere utilizzato nella pratica giornaliera sia per la ricerca dell'azotemia, sia per quella della costante di Ambard.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Ricerche sull'etiologia della scarlattina.

(CARONIA G. e SINDONI M. B.).

(*La Pediatria*, 1° *gennaio* 1923).

Prendendo come punto di partenza le prime osservazioni del Di Cristina, gli AA. fin dal novembre 1920 sono andati compiendo una serie di indagini sulla etiologia della scarlattina.

Le indagini si possono distinguere in quattro gruppi:

1) Ricerche morfologiche e culturali sugli ammalati di scarlattina.

2) Riproduzione sperimentale negli animali e relative ricerche morfologiche e culturali.

3) Ricerche serologiche nell'ammalato e nell'animale sperimentalmente infetto.

4) Tentativi di riproduzione sperimentale nell'uomo.

Ricerche morfologiche e culturali negli ammalati. — Gli AA. non sono mai riusciti a mettere in evidenza forme microbiche nel sangue circolante. Invece nel midollo osseo e nella milza mettono in evidenza piccolissimi corpuscoli di forma leggermente ovale, riuniti a due, che si guardano più spesso con il loro diametro più breve, ma talvolta anche per i poli, oltre queste forme si notano ancora forme isolate.

Per le ricerche culturali gli AA. si sono serviti dei terreni catalizzatori proposti dal Di Cristina e dei terreni sul tipo Tarozzi-Noguchi, in anaerobiosi, ottenendo lo sviluppo del germe in cultura con l'innesto di sangue di liquido cefalo-rachidiano e di muco naso-faringeo. La cultura comincia a presentare già dal secondo giorno dell'innesto un intorbidamento che raggiunge il massimo al 10° giorno. L'osservazione della cultura, in goccia pendente, dà sempre un maggior numero di corpuscoli dotati di vivaci movimenti browniani che rendono difficile l'identificazione di germi ben definiti. Però fin da quando s'inizia l'intorbidamento l'osservazione attenta e prolungata fa scorgere, tra la miriade di corpuscoli a movimento browniano, rare forme diplococciche piccole e dotate di movimenti più lenti probabilmente impressi dalle correnti del liquido.

Per spiegare il contrasto tra la scarsezza di germi visibili al microscopio ed il forte intorbidamento del liquido culturale gli AA. dimostrano l'esistenza accanto alle forme che raggiungono la fase microscopica di più numerose forme ultramicroscopiche.

Riproduzione sperimentale negli animali e relative ricerche morfologiche e culturali. — Gli AA. hanno usato come animale di esperimento il coniglio giovane. Con inoculazione per via endovenosa di cultura ricca di sviluppo, ripetuta per 2-3 giorni, provocano nei conigli prima un arresto e poi una diminuzione graduale di peso. Verso il 4-5 giorno dalla prima inoculazione si nota in questi animali un arrossamento della pelle, una facile caduta del pelo, rifiuto del cibo, polinucleosi e più tardi desquamazione a piccole lamelle sul dorso. Negli animali venuti a morte in questo momento si trova alla necroscopia iperemia di tutti gli organi e parenchimatosi del rene. L'esame del fegato e del midollo osseo in questo periodo fa riscontrare le stesse forme che si riscontrano nel midollo osseo degli ammalati di scarlattina, e le culture dal sangue del cuore di questi animali dà sviluppo degli stessi corpuscoli isolati dagli ammalati di scarlattina.

Ricerche serologiche ed immunitarie. — Gli AA. hanno tentato *l'agglutinazione* del germe con siero di sangue di ammalato in periodo esantematico o nel primo periodo della desquamazione, ed hanno avuto risultati positivi.

Ha dato ugualmente risultato positivo la *deviazione* del complemento con antigeno di cultura.

L'*indice opsonico* si è poi rilevato costantemente aumentato raggiungendo valori notevoli.

Tentativi di trasmissione sperimentale nell'uomo. — La costanza del reperto morfologico negli organi emopoietici e del reperto culturale dal sangue, dal liquido cefalo-rachidiano e dall'essudato faringeo; la possibilità di provocare col germe isolato nei conigli giovani una forma clinica costante (in parecchi casi molto simile alla scarlattina dell'uomo) eguale a quella che determina il sangue degli scarlattinosi in atto; i risultati delle reazioni serologiche (agglutinazione, deviazione del complemento, indice opsonico) squisitamente specifiche; l'immunità passiva conferita ai conigli infetti dal siero di sangue di bambini convalescenti di scarlattina; l'immunità attiva conferita ai bambini dalla vaccinazione con culture morte: tutti questi fatti sembrano agli A.A. più che sufficienti per dimostrare la specificità del germe isolato dal Di Cristina.

Ma per una malattia quale la scarlattina in cui tanti germi sono stati descritti come agenti specifici, in cui tanto facile è l'impiantarsi e il prevalere di germi secondari (come avviene per lo streptococco ritenuto per tanto tempo l'agente etiologico), grande è lo scetticismo contro cui urtano anche le più rigorose e delicate ricerche sperimentali. Una sola prova, dicono gli AA., potrebbe vincere tale scetticismo e cioè la riproduzione sperimentale nei bambini sani mediante il germe ottenuto in cultura.

Naturalmente qui gli A.A. si imbattono in una serie di ostacoli d'indole scientifica e morale che, trattandosi di una malattia grave qual'è la scarlattina, hanno tutta la ragione di essere.

Gli AA. ritengono però che tutti gli esperimenti sono leciti, anzi doverosi, nel supremo interesse dell'umanità e della verità scientifica quando si può raggiungere la sicurezza di non nuocere. Jenner e Pasteur in questo sono stati maestri.

Recenti ricerche del Caronia sulla varicella sperimentale hanno dimostrato che l'infezione trasportata col sangue di un bambino ammalato in un bambino sano mediante l'inoculazione intramuscolare provoca una forma attenuata della malattia.

Tutte le esperienze di vaccino-profilassi e di vaccinoterapia, a partire della prima geniale esperienza del Pasteur sulla rabbia, mediante l'inoculazione di culture attenuate o non (tifo, colera, tubercolosi, ecc.) dimostrano lo scarso potere infettante dei germi in cultura, che danno invece l'immunità o al massimo una malattia molto attenuata.

Precedenti esperienze degli A.A. sull'azione del siero dei convalescenti di scarlattina nei conigli ammalati sperimentalmente, concordanti del resto con i dati della letteratura medica circa l'azione curativa del siero di convalescenti, mettevano a disposizione degli A.A. una arma quasi sicura per combattere ogni evenienza.

Da queste constatazioni gli A.A. trassero la convinzione di non nuocere tentando la riproduzione sperimentale direttamente nel sano mediante l'inoculazione dei germi ottenuti in cultura dagli ammalati di scarlattina.

La prima esperienza fu condotta dagli A.A. su loro stessi. Dopo 5 giorni dall'inoculazione intramuscolare di 2 c. c. di cultura ricca di sviluppo ebbero lievi punte febbrili e vago senso di malessere, che scomparvero dopo qualche giorno senza lasciare traccia di disturbi. Gli A.A. incoraggiati da questo risultato procedettero ad un altro tentativo in 2 bambini sani (d'anni 3 e d'anni 6) che mai avevano avuto scarlattina inoculando per via intramuscolare 2 cc. di cultura ricca di germi. Gli AA. non osservarono alcuna manifestazione morbosa, salvo punte febbrili di breve durata al quarto giorno dall'inoculazione.

Questi primi esperimenti, mentre da un lato facevano sorgere negli A.A. un certo senso di scetticismo sul potere patogeno del germe, dall'altro lato li inducevano a procedere con più sicurezza in ulteriori tentativi.

In altri 2 bambini perfettamente sani (d'anni 3 e di anni 4) inocularono 3 volte a giorni alterni 2 cc. la volta di culture ricche di sviluppo. In un bambino al 4 giorno e nell'altro al 5 gli A.A. notarono lieve febbre, arrossamento del faringe e delle tonsille, tumefazione delle ghiandole latero-cervicali. Tali disturbi scomparvero in capo a qualche giorno senza lasciare tracce. L'esame del sangue diede leucocitosi lieve con polinucleosi ed eosinofilia. La deviazione del complemento con antigeno di squame scarlattinose diede risultato nettamente positivo.

Il reperto di questo secondo tentativo, confermò negli AA. l'idea che il germe passando attraverso la cultura perdesse molto della sua virulezza, analogamente a quanto avviene in altre forme morbose, quali la pertosse, la Leishmaniosi, ecc.

Pensarono allora gli A.A. di utilizzare bambini in deficienti condizioni di resistenza immunitaria e scelsero all'uopo soggetti in periodo di convalescenza del morbillo, soggetti, cioè, in stato di anergia.

In 5 bambini dai 3 ai 5 anni da pochi giorni guariti dal morbillo furono praticate dagli AA. 3 iniezioni successive per via intramuscolare di cultura di recente isolata e ricca di sviluppo.

In tutti e 5 i soggetti al 4°-5° giorno dalla prima inoculazione si ebbe costantemente una forma lieve, ma tipica di scarlattina, con angina, lingua a lampone, adenite latero-cervicale, eruzione fugace alle parti superiori del tronco e degli arti, febbre modica e desquamazione. In nessun bambino gli AA. ebbero a notare reliquati di sorta e tutti stanno perfettamente bene.

Piccole differenze gli A.A. notarono nei singoli casi specie dal punto di vista clinico: in qualche caso la febbre fu più intensa, in altri lievissima; in qualcuno si ebbe la prevalenza dei fatti cutanei sui mucosi, in altri invece quello dei fenomeni mucosi che costituirono talvolta la manifestazione più apprezzabile. Ma costante fu invece il comportamento del sangue (leucocitosi con polinucleosi ed eosinofilia) e quello delle reazioni biologiche (agglutinazione, deviazione del complemento con antigeno di cultura e di squame, indice opsonico).

Il verificarsi della malattia in forma attenuata (sul tipo del vaioloide rispetto al vaiuolo) confermava così il criterio da cui gli A.A. erano partiti nell'intraprendere la ricerca, che, cioè l'infezione sperimentale con prodotti culturali opportunamente dosati e introdotti attraverso i tessuti dà la forma attenuata, esplicando nello stesso tempo, azione vaccinale.

Per una più sicura riprova gli A.A. tennero alcuni di questi bambini a lungo in contatto con scarlattinosi in atto e nessuno di essi contrasse la malattia, anche se spennellati sulle tonsille con essudato faringeo di ammalati in periodo iniziale.

Il chiaro risultato di queste esperienze sui bambini dispensa gli AA. da altre prove dimostrative e giustifica il loro ardimento, inspirato però alle più vigorose norme scientifiche e mai scompagnato dal criterio di non nuocere.

Crediamo opportuna riportare integralmente le conclusioni alle quali arrivano gli AA.:

Riassunto e conclusioni. — 1. Nei bambini scarlattinosi in periodo esantematico o nel primo periodo della desquamazione si può rintracciare negli strisci di midollo osseo e milza ottenuti per puntura *in vita* uno speciale microrganismo leggermente ovoide, disposto a coppia, di dimensioni più piccole però dei comuni diplococchi.

2. Un microrganismo di forma simile si sviluppa costantemente dal sangue di questi animali in anaerobiosi negli speciali terreni di cultura catalizzatori del tipo Di Cristina o Tarozzi-Noguchi.

La cultura si può ottenere, oltre che dal sangue, dal liquido cefalo-rachidiano e dal filtrato del muco naso-faringeo.

3. Tale microrganismo nel suo ciclo vitale attraversa sicuramente una fase ultramicroscopica, perchè, pur dando un forte intorbidamento del terreno, dà poche forme visibili al microscopio, perchè lo si può coltivare dal filtrato del muco naso-faringeo, e perchè infine lo si può coltivare dal filtrato delle stesse culture.

4. L'inoculazione in forti dosi per via endovenosa nei giovani conigli di culture riccamente sviluppate produce arresto del peso cui segue spesso arrossamento della cute, facile caduta del pelo, evidente desquamazione e poi progressivo dimagrimento fino alla cachessia ed esito talvolta in morte. Il siero di sangue di questi conigli devia il complemento in presenza di antigeno di squame scarlattinose. La necroscopia degli animali venuti a morte o sacrificati in diverso periodo della malattia dimostra iperemia dei visceri e parenchimatosi del rene.

5. Nei conigli infetti che presentano le prime manifestazioni, se s'inietta siero di bambini convalescenti di scarlattina, si ha rapi-

da scomparsa di sintomi, ripresa dell'accrescimento e ritorno al normale.

6. Le comuni reazioni serologiche — agglutino-precipitazione, deviazione del complemento, indice opsonico —, praticate col siero di sangue di scarlattinosi e microrganismi isolati in cultura, danno risultati nettamente positivi e si dimostrano con gli opportuni controlli squisitamente specifiche. Uguali risultati si hanno nei conigli sperimentalmente infetti e nei bambini.

7. L'inoculazione a bambini sani e di buona costituzione di culture riccamente sviluppate non produce alcun fenomeno morboso. Tali bambini però esposti al contagio non contraggono la malattia e il loro sangue devia il complemento con antigeno di squame scarlattinose.

L'inoculazione invece di culture recenti e ricche praticata in forti dosi ripetute a bambini appena convalescenti di morbillo (e quindi in periodo ancora anergico) dà luogo, dopo un'incubazione di 3-4 giorni, ad una forma attenuata di scarlattina con i caratteri clinici, ematologici, serologici, batteriologici di questa malattia.

Concludendo, tutto l'insieme delle nostre esperienze dimostra all'evidenza che il microrganismo per il primo isolato e descritto dal Di Cristina ed ora da noi è l'agente specifico della scarlattina e la scienza e l'umanità altamente debbono gioire di questa nuova conquista della medicina, che nuove vie apre alle indagini batteriologiche e che presto ci auguriamo avrà larga e benefica ripercussione nel campo della profilassi e della terapia.

VITETTI.

La febbre tifoide nella prima infanzia.

(SALÉS-TURQUÉTY-BLAIGNAU. *Gazette des Hôpitaux*, n. 98 del 1922).

Gli AA. ricordano al medico pratico che il tifo è malattia che colpisce con una certa frequenza anche i piccoli bambini. Al letto del malato non è possibile differenziare il tifo dai paratifi. Per orientarsi non bisogna contare su di una diagnosi di impressione, ma occorre un esame molto serrato dei sintomi: isolare fra essi quelli che hanno un valore costante, servirsene come base per una ipotesi diagnostica e confermarla con la sierodiagnosi.

L'andamento clinico della malattia è simile a quello degli adulti, con una durata complessiva di circa tre settenari. L'esito per lo più è favorevole, specie nei bambini oltre un anno di età.

Complicazioni frequenti sono la broncopolmonite, la diarrea coleriforme e l'enterite dissenteriforme. Meno frequenti sono l'enterorragia e la perforazione intestinale.

Molto frequenti, ma di breve durata e poca gravità, sono le recidive: forse perchè la brevità e la benignità della prima infezione non determinano sufficiente vaccinazione, come potrebbe far supporre anche il frequente ritardo e l'attenuazione della siero-reazione notate da molti autori.

La *temperatura* è il sintomo maestro, più costante, più netto. Una febbre continua, persistente, elevata, che non si accompagna ad una localizzazione nettamente predominante, deve far pensare all'eventualità di una tifoide.

Il suo quadro, se si ha completo, è sovrapponibile per esattezza a quello dell'adulto. Qualche volta la caduta è rapida e con due grandi oscillazioni si scende da 40° a 37°. Il periodo aufibolico spesso manca o è brevissimo. Eccezionalmente, come nell'adulto, si può avere un tipo febbrile remittente.

Il *polso* segue la temperatura e non è nè dissociato, nè dicroto.

Stato tifoso vero e proprio non ve ne è.

La *lingua* è caratteristica con patina centrale, punta e bordi arrossati.

Il *meteorismo* è quasi costante.

Diarrea e vomito non hanno caratteri speciali.

Il *tumore di milza* è apprezzabile nei due terzi e la *roseola* si ha in un quarto dei casi.

In pratica si osservano forme nelle quali predominano i disturbi gastro-intestinali (vomito, diarrea, meteorismo). In questo caso bisogna temere la diarrea coleriforme, spesso mortale. Altre volte predominano i disturbi meningei ed in 10-12 giorni può aversi il collasso.

In bambini denutriti e poliadenidici si può avere una forma pseudo-tubercolare. Anche nei bambini si può avere un tifo ambulatorio, che si rivela solo con morte quasi improvvisa, ed un tifo attenuato.

Per la diagnosi differenziale è bene ricordare che la *diarrea comune*, se non è di vecchia data, non colpisce molto lo stato generale, non si accompagna a febbre lunga ed insistente, e non resiste alla dieta idrica. La *diarrea coleriforme* dà al piccolo malato una maschera speciale, non si accompagna a tumore di milza o ad ipertermia. La *broncopolmonite* presenta gruppi febbrili separati da remissioni e rende spinosa la diagnosi se quale complicazione, si sovrappone e copre con la sua sintomatologia la tifoide primitiva. La *polmonite* è rara ed ha segni stetoscopici netti. Nel sospetto di *meningite* la puntura lombare chiarisce il dubbio. Per la *tubercolosi miliare acu-*

ta generalizzata non possiamo essere di accordo con gli AA., con il Lemaire ed il Turquety che, consigliando la cutireazione alla tubercolina bruta, affermano che persiste positiva fino all'ultimo periodo della malattia.

In ogni evenienza, sia essa clinicamente certa, o solamente sospetta, la diagnosi di infezione tifoide deve essere comprovata dalla siero-diagnosi che fra i mezzi di laboratorio è il più fido e pratico, ricordando che apparisce un po' più tardi che nell'adulto e che va fatta a forte diluizione. PERSIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. PANEGROSSI. *Lezioni di semeiotica delle malattie nervose ed elettrodiagnostica.* Roma, Società Anonima Poligrafica Italiana.

È stata testè pubblicata la prima parte della « Semeiotica delle malattie nervose ed elettrodiagnostica » del prof. G. Panegrossi.

È un volume di 357 pagine corredato da 80 figure, che sarà di vera utilità e per gli studenti e per i medici, anche se questi già sufficientemente addentro negli studi di neuropatologia. Infatti il lavoro di Panegrossi rappresenta non soltanto il prodotto di una vasta erudizione, ma in esso troviamo raccolto il risultato dell'esperienza personale di chi da più decenni coltiva con amore e con lode questa branca così importante della Medicina. Esperienza larga e completa, perchè sorretta e confortata da quella maturata cultura di medicina generale, che non deve mancare in ogni specialista, onde questi non veda che una sola faccia del complesso poliedro, costituito dallo stato patologico di un individuo.

In questa prima parte del suo lavoro l'Autore tratta anzitutto dell'importanza dell'anamnesi nel campo della Neuropatologia, e la trattazione è ricca di preziosi consigli e di suggerimenti per il pratico, affinchè essa riesca il più possibile completa, esatta e di sicura guida alla diagnosi.

Espone quindi lo schema dell'esame neurologico e passa a trattare con competenza e profondità della parte che si riferisce all'esame della motilità volontaria.

Nel seguito dell'opera l'Autore tratterà dell'esame della reflettività, dell'esame della sensibilità generale e specifica, dell'esame dei disturbi del linguaggio, dell'elettrodiagnostica.

Alcuni capitoli di questa prima parte del lavoro riguardano la trattazione veramente esauriente di importanti argomenti. Ricorderò, ad esempio, la chiarezza ed il modo completo con cui l'Autore scrive sui disturbi dell'oculomozione e sulla paralisi degli altri nervi cranici, sui disturbi dell'articolazione della parola, ecc. Molto pregevoli mi sono parsi anche i capitoli in cui si tratta dei tremori, delle contratture, dei movimenti coreici, delle atrofie muscolari, ecc., ecc. In forma lucida ed in modo esauriente è svolto anche il capitolo dei disturbi della vescica, del retto, degli organi sessuali.

L'Autore premette sempre ai singoli argomenti le nozioni di anatomia e fisiologia più importanti e necessarie, in modo da rendere più chiara la comprensione delle manifestazioni morbose.

All'esposizione poi della tecnica per il rilievo dei fenomeni clinici seguono brevi e chiari ricordi di patologia generale e speciale, fissando così e ponendo in giusta luce il valore diagnostico dei singoli sintomi.

Questa pubblicazione del prof. Panegrossi, mentre potrà essere di aiuto per il medico già maturo che avrà occasione di completare e precisare le sue conoscenze su argomenti complessi, sarà preziosa ed utile, data la chiarezza dell'esposizione, per coloro che iniziano il non facile studio della neuropatologia.

Sicuramente il resto dell'opera corrisponderà a questa prima parte ed auguriamo che il libro, che onora la Scuola romana, abbia una fortuna proporzionata all'amore ed all'impegno che hanno sorretto l'Autore nella sua non lieve fatica. A. Z.

R. BRUGIA. *La irrealtà dei centri nervosi.* — Prezzo L. 12. — Editore L. Cappelli, Bologna.

A questo volume del Brugia più che una succinta recensione si converrebbe una larga esposizione.

L'autore affronta un argomento di palpitante interesse, che egli risolve con ardimento se non con perfetta originalità. La esistenza di centri atti ad assumere eccitazioni, a trasformarle in impulsi, a suscitare forze nuove, a coordinare questi effetti in vista di un risultato finale, è negata. Tutta la dottrina delle localizzazioni cerebrali, è smantellata.

Con ciò l'autore non nega il sostrato anatomico della mente, ma lo suppone diverso da quello basato sui correnti concetti sulla funzione e sulla individualità della cellula nervosa.

Il merito dell'opera del Brugia consiste nell'avere avuto il coraggio di esporre idee, che parecchie deficienze della teorica localizzatrice avevano reso molto comuni, specie dopo l'esperienza della guerra.

Quale che sia la consistenza ed il destino di queste idee, è certo che per la prima volta il problema è asserito in modo reciso, senza titubanze e senza riguardi. *dr.*

BIOGRAFIE.

In memoria di Carlo Moreschi.

Discorso commemorativo pronunciato, in occasione dello scoprimento di una lapide nel paese natio, il 3 giugno 1923 nel teatro di Cermenate dal

Prof. ALBERTO ASCOLI
della R. Università di Modena.

Signore, Signori,

Non è ancora spenta nel mondo l'eco del riverente omaggio, che ben ventotto nazioni rappresentate da trecento delegati, con grandiosa solennità, tributavano alla memoria di un grande benefattore dell'umanità, Luigi Pasteur.

In realtà se sostiamo un istante a renderci conto dell'opera immensa svolta da Pasteur in pro' della umanità, il beneficio appare così incommensurabile che il pellegrinaggio di tanti cultori delle scienze sperimentali, che furono rinnovellate e ravvivate dal suo genio, alle feste centenarie di Parigi, all'inaugurazione del monumento erettogli a Strasburgo appare piccola manifestazione là dove tutti i beneficati avrebbero dovuto darsi convegno.

Perchè il beneficio è stato veramente immenso: Luigi Pasteur è riuscito realmente a raccogliere tutti i frutti, che egli preconizzava in una lettera a Napoleone III, la quale sintetizza in poche parole l'opera sua: «Sire — egli scriveva nel settembre 1867 — mes récherches sur les fermentations et sur le rôle des organismes microscopiques ont ouvert à la chimie physiologique des vois nouvelles dont les industries agricoles et les études médicales commencent a recueillir les fruits. Mais le champ qui reste à parcourir est immense».

Questo campo è stato percorso magistralmente dal Pasteur, il quale dopo aver additato negli esseri infinitamente piccoli, nei microrganismi, la causa di tante malattie nel baco da seta, nel vino, nell'organismo umano ed animale, aveva saputo foggiarne delle armi di difesa contro le infezioni stesse.

Egli riuscì cioè a proteggere l'uomo e gli animali contro le malattie infettive mediante l'inoculazione di questi stessi microbi, ai quali egli con opportune manipolazioni aveva tolti gli artigli trasformandoli in innocui vaccini, non più capaci di uccidere, ma dotati della facoltà di creare una maggiore resistenza all'infezione.

Sono queste le vaccinazioni pasteuriane che servono, ad es., alla prevenzione del carbonchio e del mal rossino negli animali, del tifo e del colera nell'uomo, alla cura della rabbia.

Con esse Pasteur schiudeva non solo alla medicina ma a tutta la biologia sperimentale un nuovo campo, quello dell'immunità. Ben presto Behring dimostrava, per la infezione od intossicazione difterica, che sede e latore della maggiore resistenza conferita con l'immunizzazione era il siero di sangue dell'organismo immunizzato: così immunizzando, ad es., il cavallo contro la difterite il siero di sangue ricavatone, il cosidetto siero antidifterico, serve a combattere la difterite.

Il siero di sangue, dunque, in queste condizioni è o un rimedio curativo, come l'antidifterico nella difterite, o un mezzo preventivo, come l'antitetanico, che tende a preservare l'uomo e gli animali contro la infezione o intossicazione tetanica. Egli è che questi sieri contengono degli antidoti o, come li chiamiamo noi, degli *anticorpi*, contro il virus o meglio il veleno della difterite o del tetano.

In questo nuovo indirizzo che per merito di Paolo Ehrlich era assurto a dignità di disciplina biochimica autonoma, Carlo Moreschi ha inciso il suo nome in caratteri indelebili che conterranei amici ed ammiratori vollero scolpiti nel marmo, sotto il busto erettogli nel natio loco.

Egli vi era stato sospinto fin dalle prime ricerche compiute nel laboratorio dal Suo primo maestro, Camillo Golgi, di cui fu allievo interno dal 1895 al 1898, apprendendo già da studente a quella Scuola, conosciuta nel mondo per l'applicazione dei suoi metodi rigorosamente scientifici, l'arte di sperimentare e di vagliare severamente le esperienze stesse. Dal laboratorio di Golgi sono usciti i due primi contributi sperimentali, allo studio dell'infezione tifica e sulla sede di formazione degli anticorpi contro il tifo, problema questo al quale tornò con predilezione ripetutamente nel corso della sua carriera scientifica. Questa si inizia nello stesso Ateneo Pavese sotto la sapiente guida di Luigi Devoto, Maestro nell'arte di suscitare e sorreggere le aspirazioni scientifiche dei giovani. Luigi Devoto aveva saputo raccogliere intorno a sè una schiera eletta di giovani promettenti; tra essi eccellevano Maurizio Ascoli e Carlo Moreschi, nei quali il loro Maestro intuì e indovinò le attitudini speciali alla carriera accademica, dove infatti ambedue si piazzarono onorevolmente, chiamato l'uno alla cattedra di Catania, l'altro a quella di Messina. Luigi Devoto aveva saputo sollecitare anche l'amor proprio di due giovani, Guido Vimercati e Antonio Riva, che ancora studenti si appassionarono all'indirizzo della sua Scuola e la favorirono dotandola di laboratori che consentissero un respiro più ampio di quello in cui aveva costretto a contenerlo fino allora la modesta dotazione ministeriale. Esempio più che raro — come rilevava il Devoto nell'affidarli senza pompa al piccolo stuolo di allievi che dovevano avere il privilegio di potervi lavorare — esempio quasi unico al mondo che i mecenati si fossero trovati tra gli allievi stessi. Tale era la forza di propulsione impressa dal Devoto ai laboratori da lui diretti che la loro produzione scientifica non tardò ad imporsi e ad attirare su di sè l'attenzione dei confratelli prima, degli istituti d'oltr'alpe poi.

In un ambiente così prettamente sperimentale Carlo Moreschi non poteva non sentirsi a Suo agio: Egli si trovò proprio in quella corrente di

studi immunitari che avevano fornito l'argomento ai suoi primi lavori e che il collega di assistentato ed amico suo Maurizio Ascoli, abbeveratosi alla fonte istessa della dottrina di Ehrlich, pure prediligeva. Carlo Moreschi sentì tutto il fascino che esercitava il nuovo indirizzo, così come ricordo di averlo sentito fortemente anch'io, che pur venivo da una scuola di carattere più strettamente chimico-fisiologico.

L'entusiasmo per il nuovo indirizzo, i cui problemi ci appassionavano e formavano oggetto delle nostre discussioni scientifiche, ci affratellava così che la Sua natura un po' chiusa si apriva meco e in breve tempo mi fece conoscere i tesori della Sua amicizia. Nei laboratori ferveva il lavoro al quale dava sempre nuova esca l'indirizzo immunitario: era tale il trasporto di noi novizi per la nuova corrente di studi, tanta la fede che animava Carlo Moreschi, che Egli, non so per virtù di quale miracolo riuscì a procurarsi un grosso siero-produttore, niente meno che un cavallo, per poter su di esso tentare la produzione di un siero antitifico per la cura del tifo, miraggio questo che non fu dato di raggiungere nè a Lui nè a quanti prima e dopo di Lui si affaticarono intorno al difficile problema.

Il periodo delle grandi scoperte nel campo dei sieri terapeutici era passato: poco o nulla vi rimaneva da mietere. Sorgeva invece l'astro della *sierodiagnostica* cioè della utilizzazione a scopo diagnostico dei sieri preparati immunizzando contro i microbi. Era stato scoperto che questi sieri se non servivano a prevenire o guarire la malattia, permettevano di identificare l'agente causale di essa; ad es. il siero antitifico, anzichè guarire il tifo, trovava utile impiego nel contraddistinguere il bacillo del tifo dagli altri germi, grazie alla flocculazione o agglutinazione che era capace di provocare nelle sospensioni di germi del tifo: di questo argomento, cioè della sede di formazione di questi anticorpi agglutinanti il Moreschi si era occupato appunto nel Suo secondo lavoro. Quando Egli passò dal Devoto una nuova scoperta si stava maturando, la quale attrasse sull'immunità l'attenzione dei cultori dell'intera biologia: questa scoperta veniva a stabilire che la formazione di anticorpi nel siero non era una prerogativa dei microbi, ma si verificava anche immunizzando contro le albumine o proteine più diverse: l'uovo, il latte, il sangue. I sieri precipitanti antiuovo, antilatte, antisangue così preparati erano capaci di provocare una flocculazione nelle soluzioni di queste proteine o albumine e a distinguerle adunque tra loro allo stesso modo come il siero antitifico permetteva di riconoscere il bacillo del tifo. Praticamente questa nuova reazione sierodiagnostica valse a differenziare le macchie di sangue dell'uomo da quelle di altre specie animali, cioè a risolvere un problema fino allora insoluto di medicina legale.

La novella di questa scoperta ben presto giunse anche a noi e ci fece una profonda impressione. Dal fervore della discussione balzò fuori l'idea di servircene per seguire il cammino della albumina di origine animale (latte, ovo, carne) attraverso l'organismo umano: a queste applicazioni delle reazioni immunitarie biologiche allo studio del ricambio proteico Carlo Moreschi prese parte attiva con le sue ricerche sull'assorbimento intestinale degli albuminoidi. Fu questa collana di studi dell'Istituto diretto da Luigi Devoto che valse a richiamare sulla Sua Scuola l'attenzione dei ricercatori di altri Istituti nostrani e d'oltre alpe.

Carlo Moreschi nel portare a compimento queste ricerche rivelava le qualità che dovevano poi essere la caratteristica di tutta la Sua produzione scientifica: visione chiara e precisa del tèma propostosi e piano organico nello svolgimento delle esperienze. Quando Egli ebbe tutto predisposto in un operoso silenzio e preparati pazientemente i sieri diagnostici occorrenti, accaparratisi gli animali da esperimento per le prove che si era prefisso di fare, un bel giorno lo vidi arrivare in laboratorio e mettersi di colpo alla attuazione del compito che Egli si era tracciato con sorprendente lucidità e si accingeva a tradurre in atto col senso pratico che aveva ereditato dai Suoi. La mia mente più incline a lasciare spaziare nella indagine scientifica l'imprevisto rimase scossa dinanzi a questo spettacolo veramente impressionante dello studioso che mostrava di sapere senza tentennamenti, nella armoniosa valorizzazione delle sue doti intellettuali e tecniche, puntare verso la mèta che voleva raggiungere.

Il lavorio che si era andato svolgendo lentamente nel Suo cervello d'un tratto balzava fuori in una azione fulminea. Tale è stato in tutte le Sue manifestazioni scientifiche: prima un tormentoso travaglio interno, attraverso il quale Egli giungeva ad una concezione precisa sul problema che lo interessava; poi, una volta che ci aveva visto chiaro, nulla valeva a distoglierlo dallo svolgimento del piano che si era tracciato.

Perciò tutta l'opera di Carlo Moreschi ha una impronta personale, è sempre il frutto di lunga meditazione e di tenace esplicazione dei concetti scaturiti da questa.

Furono questi pregi che lo fecero prescegliere come relatore ai Congressi delle Società di Patologia, di Medicina Interna, di Biochimica, per il Progresso delle Scienze.

Bisogna aver udito dalla Sua bocca una di quelle analisi minute alle quali Egli sottoponeva l'opera altrui — come è toccato a me in uno dei nostri incontri a proposito di certe ricerche del Metschnikoff — per comprendere la forza di penetrazione del suo spirito critico per spiegarsi come Egli sapesse all'occorrenza demolire per ricostruire su basi affatto nuove.

Queste doti erano destinate però a sfociare in una scoperta vera e propria, appena cioè alla Sua preparazione formatasi alle migliori nostre Scuole corrisposero i più larghi mezzi d'indagine quali in quel tempo solo i laboratori d'oltr'alpe sapevano fornire.

Un premio di perfezionamento della Cassa di Risparmio di Milano conferitogli per concorso gli

consente nel 1904 di recarsi in Germania a lavorare nell'Istituto di Roberto Pfeiffer, uno dei centri dove maggiormente fervevano gli studi immunitari prediletti dal Moreschi.

Le dottrine immunitarie segnavano una ascensione continua: Roberto Pfeiffer aveva scoperto che il siero anticolerico era capace di sciogliere, in determinate condizioni, il vibrione colerigeno, di provocarne, per dirlo nel nostro linguaggio, la *lisi;* questa proprietà che fu chiamata «fenomeno di Pfeiffer» si rivela però soltanto quando l'azione del siero anticolerico è integrata da una specie di fermento, che lo completa e perciò prende il nome di *complemento*. Questo complemento si trova nell'organismo vivo e sopravvive per un certo tempo nei succhi, ad es. nel siero fresco di sangue ottenuto col salasso.

Questo fermento non è soltanto capace di agevolare l'azione dissolvente del siero anticolerico ma anche quella analoga, litica sul sangue, svolta dal siero emolitico cioè dal siero ottenuto immunizzando una specie animale coi globuli rossi del sangue di un'altra specie.

Fin qui il problema si manteneva in termini relativamente semplici: gli anticorpi contro il vibrione del colera contenuti nel siero anticolerico, quelli contro i globuli rossi esistenti nel siero emolitico, per esplicare la loro azione dovevano essere fiancheggiati dal fermento o complemento che dir si voglia, contenuto in ogni siero fresco. In confronto dei sieri precipitanti, antiovo, antilatte, antisangue che — come vi dissi — provocano una flocculazione nelle soluzioni delle albumine o proteine appropriate vi è questa piccola complicazione: che per ottenere il fenomeno della lisi l'antisiero da solo non basta ma è richiesto l'intervento altresì di un siero fresco o per meglio dire del fermento-complemento contenuto in esso.

È a questo punto che le idee cominciarono a confondersi. Che avverrà infatti se noi cercheremo di immunizzare contro il siero fresco cioè il complemento. Otterremo naturalmente un siero anticomplementare, è la risposta che mi darà chi ha avuto la pazienza di seguirmi nella mia arida esposizione. E questa è appunto la risposta che tutti i ricercatori avevano dato al quesito finchè Carlo Moreschi nel laboratorio del Pfeiffer non li ebbe ricondotti sulla strada maestra dalla quale essi si erano scostati.

Vi prego di riflettere per un istante sulle conseguenze della introduzione delle albumine o proteine del siero, di rammentarvi che essa deve condurre alla formazione di anticorpi. Se le proteine del latte, dell'uovo, del sangue provocano la formazione di anticorpi cioè sieri precipitanti antilatte, antiovo, antisangue, non dovranno le proteine del siero fresco o complemento anch'esse condurre alla produzione di un antisiero precipitante? Come l'azione del siero antiovo, antilatte, antisangue determina una flocculazione nelle soluzioni delle proteine appropriate — ricordate la sierodiagnosi delle macchie di sangue! — così il siero anticomplementare, ottenuto cioè immunizzando contro il siero fresco o complemento, sarà capace di provocare una flocculazione, una precipitazione nelle soluzioni del siero fresco o complemento.

Carlo Moreschi riconduceva così l'azione anticomplementare al fenomeno di interferenza, manifestantesi nella flocculazione, fra l'antisiero e le proteine del siero fresco o complemento. Chi è che non vede come l'osservazione del Moreschi si ricongiunga, con un filo ideologico di continuità, con le ricerche compiute nel laboratorio di Luigi Devoto, dove Egli aveva applicato appunto questo fenomeno di precipitazione allo studio del ricambio proteico?

Carlo Moreschi con le Sue ricerche stabiliva che l'azione anticomplementare non era dovuta ad anticorpi nuovi, come sostenevano gli autori che si erano occupati dell'argomento, ma era invece una conseguenza della flocculazione che si determina quando questi anticorpi si incontrano con le proteine appropriate. Il fenomeno visibile della precipitazione, secondo Moreschi, è accompagnato da un assorbimento del complemento: l'azione fermentativa di quest'ultimo scompare, non già perchè sia neutralizzata da anticorpi speciali ma perchè nel processo fisico-chimico della flocculazione viene sottratta al miscuglio.

Consentitemi di esemplificarvi la cosa che, tenuta in questi termini, può sembrarvi, anzi vi sembrerà, ingarbugliata. Già vi dissi che la prova delle precipitine, come è chiamata correntemente, permette di distinguere le macchie di sangue umano: mescolando cioè in determinate condizioni il siero antisangue con l'estratto della macchia di sangue si avrà la flocculazione o precipitazione rivelatrice. Sapete voi, che pazientemente sottostate al supplizio di questa mia esposizione — giustificata soltanto dal desiderio che è in me di darvi, in voi di formarvi un concetto della scoperta di Carlo Moreschi — sapete voi dirmi quale sarà la sorte che subirà in tale mescolanza il siero fresco il fermento o complemento che dir si voglia? Esso rimarrà impigliato — non è vero? — nel precipitato rivelatore, anzi potrà la sua sottrazione, la sua scomparsa dal liquido essere indizio essa stessa della sospettata presenza di sangue umano.

Ecco così balzare fuori dal groviglio — che solo una mente imbevuta di dottrine immunitarie come quella di Carlo Moreschi, un ricercatore addestrato come Lui ai problemi più ardui poteva dipanare — ecco farsi luce un nuovo metodo sierodiagnostico! La sottrazione del complemento può adunque — ecco quello che si poteva desumere dalla scoperta di Moreschi — sostituirsi alla prova della precipitazione, fornire cioè un nuovo indicatore della reazione che avviene ponendo a contatto siero antisangue col sangue umano.

Come ci si accorge — mi chiederete voi a questo punto — della scomparsa del complemento o fermento? Già vi dissi che questo fermento è un fattore che fiancheggia la dissoluzione, la lisi, dei globuli rossi per mezzo dell'antisiero emolitico: quando il complemento sarà scomparso nel preci-

pitato rivelatore, la dissoluzione, la lisi, non più da lui fiancheggiata, verrà a mancare. La sottrazione si renderà visibile all'occhio dello sperimentatore grazie alla ripercussione che ha sulla lisi, che è arrestata nel suo normale svolgimento.

Questa sottrazione o fissazione del complemento si traduce adunque in un arresto della dissoluzione dei globuli o, come si suol dire, della emolisi.

La nuova reazione sierodiagnostica ben presto si rivelò di una portata ben più generale della prova delle precipitine: essa non è legata strettamente alla precipitazione ma avviene dovunque si determinano quelle condizioni fisico-chimiche speciali, non sempre accompagnate dalla comparsa di precipitati, le quali insorgono non appena un antisiero s'imbatte nella proteina appropriata, in quello che noi chiamiamo il suo *antigene*, cioè la sostanza che serve di volta in volta a produrre l'anticorpo. Ogni antigene ha il suo anticorpo speciale a lui intonato: solo quando essi si incontrano, unicamente allora, si stabiliscono le condizioni fisico-chimiche adatte per la fissazione del complemento. Quando vi è fissazione del complemento noi siamo autorizzati a inferirne un incontro tra antigene e anticorpo. L'anticorpo costituito dal siero antisangue umano nell'esempio più volte citato provoca la fissazione del complemento perchè nella macchia di sangue umano ha trovato appunto il suo antigene.

Che avverrà del complemento — si è chiesto Augusto von Wassermann — se l'antigene sifilitico rappresentato da materiale luetico viene posto a reagire col suo anticorpo cioè col siero di un individuo sifilitico? La domanda era ovvia perchè già si sapeva che anche nel siero degli organismi ammalati esistevano anticorpi analoghi a quelli artificialmente prodotti con la immunizzazione: ad es. nel siero del tifoso si erano riscontrati e utilizzati a scopo diagnostico anticorpi capaci di reagire col fenomeno della flocculazione in presenza del loro antigene, rappresentato dai bacilli del tifo.

Le esperienze hanno dimostrato che l'indicatore messo in luce dal Moreschi, più fine e generale di quello fornito dalla precipitazione, nella sifilide risponde realmente.

E così fu varata la reazione di fissazione del complemento nella sifilide, la quale è universalmente conosciuta col nome di reazione di Wassermann: reazione che rivelando in modo semplice la lue ha recato benefici inestimabili nella lotta contro questo flagello dell'umanità.

Signore e Signori,

Io non mi illudo che la tortura inflittavi abbia raggiunto lo scopo di farvi vedere ben chiaro nel meccanismo della reazione. Ma mi lusingo che essa sarà valsa a farvi intuire la parte preponderante che vi spetta a Carlo Moreschi. Non è il caso di menomare i meriti di Augusto von Wassermann che ebbe tutti gli onori che gli competevano.

Ma, permettetemi di insistere su un punto: che chi ha fatto luce nell'intricato problema dell'azione anticomplementare è stato Carlo Moreschi. È esclusivo Suo merito — per unanime consenso — di aver posto la dottrina degli anticomplementi su basi affatto nuove mettendo in rilievo che i sieri anticomplementari non erano in fin dei conti che dei sieri precipitanti. Tale osservazione effettivamente nel linguaggio immunitario ha preso il nome di *fenomeno di Moreschi.*

Ma Moreschi è andato più in là: Egli intravide tutto il valore pratico e l'estrema sensibilità del fenomeno da lui scoperto e stabilì per primo, nel lavoro fondamentale, che esso era in grado di rintracciare quantità infinitesimali, fino a un milionesimo di albumina.

Perciò chi oggi prendesse in mano il lavoro fondamentale di Carlo Moreschi e lo volesse rileggere insieme alle altre pubblicazioni che precedettero la scoperta del Wassermann, è necessariamente tratto a concludere che esso, per la sua struttura scientifica e per la segnalazione precisa della enorme potenzialità del metodo, non solo significa una pietra miliare nel cammino dell'immunità, ma contiene realmente, in potenza, tutto quanto i seguaci seppero spremerne.

Infatti colui che per primo seppe trarre profitto dal *fenomeno di Moreschi,* applicandolo alla differenziazione delle varie specie di sangue, Hans Sachs riconosce senza sottintesi «che tutto il movimento contemporaneo» — riporto le sue stesse parole — «degli studi sulla fissazione del complemento ha il suo vero punto di partenza nel lavoro fondamentale di Moreschi».

Non si può essere più espliciti. E questa spontanea dichiarazione di un connazionale del Wassermann acquista tanto maggior valore in bocca di chi, come il Sachs, potè rendersi conto della rispondenza perfetta, in ogni loro dettaglio, degli studi di Carlo Moreschi, in quanto che una nuova reazione della sifilide, la Sachs-Georgi, viene a convalidare appunto la concomitanza, anche per la sifilide, tra il fenomeno di precipitazione specifica e quello anticomplementare rilevata dal Moreschi e contraddetta dal Wassermann.

Voi che con intelletto d'amore avete prestato benevolo ascolto alla cronistoria ideologica che vi ho sottoposta vi sarete facilmente convinti che alla sua scoperta Carlo Moreschi è stato condotto insensibilmente dalla Sua educazione scientifica, formatasi nei laboratori dei suoi Maestri Camillo Golgi e Luigi Devoto, dall'ordine istesso delle ricerche della Scuola del Devoto in cui giganteggiavano appunto quelle precipitine che erano destinate a diventare il pernio del *fenomeno Moreschi*. Siamo perciò nel vero, io penso, quando rivendichiamo alla Sua preparazione nei laboratori dell'Ateneo Pavese la scoperta fatta dal geniale ricercatore italiano non appena Egli potè spiegare le ali per il Suo volo migliore.

Ma noi vorremmo che le nostre parole servissero a rendere piena giustizia alla felicissima intuizione balenata alla mente di Carlo Moreschi: e che fosse consacrata, anche nel nome della

reazione di fissazione del complemento, senza contrasti, che è stato il Suo lavoro sugli anticomplementi a far sorgere nel Wassermann la ispirazione di applicarla alla sierodiagnosi della sifilide, e a gettare le basi del grandioso edificio costruito con le altre applicazioni della prova di fissazione.

Perchè, se nessun dubbio vi può essere circa alla genesi della scoperta di Carlo Moreschi, quale io ve l'ho delineata, non va sottaciuto che l'assorbimento dell'alessina — è questo il termine prescelto dai francesi per il complemento — era stato già osservato da Bordet e Gengou nei tempi in cui Carlo Moreschi lavorava ancora con noi a Pavia. Ma la pubblicazione passò inosservata e rimase completamente trascurata: nei cinque anni che intercorsero tra essa e il lavoro fondamentale del Moreschi le pubblicazioni sull'argomento si possono contare sulle dita di una mano; e la reazione non riuscì a varcare la soglia dell'Istituto Pasteur du Brabant. Essa rimase sepolta e dimenticata fino sul finire del 1905, quando Neisser, con quello stesso Sachs di cui riportammo più sopra il giudizio sull'opera del Moreschi, ispirandosi al lavoro pubblicato *poche settimane prima* dal Moreschi — come essi esplicitamente riconoscevano nella loro pubblicazione — pensarono di applicare i reperti sull'azione anticomplementare rivelati dal Moreschi al riconoscimento delle varie specie di sangue.

Poco dopo un lavoro di Gay eseguito sotto la direzione di Bordet e Gengou richiamava anche esso l'attenzione sull'assorbimento dell'alessina. Non occorreva di più perchè Wassermann, il quale già in altre occasioni aveva dato prova di una mirabile prontezza, si rendesse conto della portata pratica del metodo di Gengou e Moreschi come fu chiamato allora, e tosto ne additasse, a biologi medici e veterinari, la prerogativa di saper mettere in evidenza antigeni ed anticorpi.

Dopo alcuni saggi preliminari in altri campi il valoroso sperimentatore germanico, coadiuvato dall'appoggio illuminato del suo governo che si preoccupava di non rimanere assente nella gara scientifica inaugurata con la trasmissione della sifilide agli antropoidi per opera di Metschnikoff, poteva lanciare felicemente la reazione che da lui prende il nome ma che prende le mosse dal lavoro del Moreschi. La marcia trionfale della reazione legata ai nomi di Bordet-Gengou, Moreschi e Wassermann, cominciata con tanta fortuna, continuava poi dando origine a tutta una valanga di lavori.

Questa la cronaca obbiettiva che nulla toglie ai meriti ormai consacrati nei nomi di Bordet-Gengou e di Wassermann, accanto ai quali però non deve essere omesso il nome di Carlo Moreschi il cui lavoro fu come il soffio che desta i dormienti, la scintilla che sprigionò le innumerevoli applicazioni della reazione.

La scoperta del fenomeno, alla quale Carlo Moreschi giunse per una via ben diversa del Bordet, lottando contro le erronee interpretazioni di quel tempo, oltre che una genesi ben diversa, ebbe anche e soltanto dopo i Suoi studi tali ripercussioni che, se fosse ammessa la ricerca della paternità, essa — senza contestare al Bordet la priorità cronologica — spetterebbe a Carlo Moreschi perchè solo il seme da lui gettato ha dato rigogliosi germogli.

Io mi auguro di esser riuscito a trasfondere in voi la convinzione che anche solo per questa benemerenza, di avere aperto ed additato la via alla sierodiagnosi della sifilide, Carlo Moreschi avrebbe titoli sufficienti per essere ricordato ai posteri.

Ma tutta la vita Sua è stata un apostolato della scienza, che ne fa rimpiangere l'immatura scomparsa e rimordere delle difficoltà che uno scienziato così eccezionale incontrò sul Suo cammino coronato finalmente dal premio ambito, la Cattedra di Clinica Medica che Egli aveva vinto appena un anno prima di essere rapito alla scienza.

In non so quale chiesa alle porte di Pavia, il cui Ateneo può andare superbo di annoverare fra i suoi allievi Carlo Moreschi, appena fuori delle mura, voi troverete incise su una lapide queste parole poste a ricordo di una esistenza troncata nel fiore degli anni mentre da essa erano da sperare opere ancora maggiori di quelle grandi che già aveva compiute: *«Et multo maiora fecisset diutius si vixisset».*

Queste parole mi tornano alla mente dinanzi al busto di Carlo Moreschi che accrebbe con l'opera Sua il prestigio delle discipline immunitarie e assicurò un posto d'onore all'Italia nel nuovo indirizzo. A Lui che messo finalmente in condizioni di poter dare la piena efficienza delle Sue singolari attitudini di ricercatore ben si attagliano quelle parole.

Della grande e pregevole mole di lavoro compiuta da Carlo Moreschi fan fede le sue 53 pubblicazioni — lavori originali, polemiche, relazioni — ben 34 delle quali trattano di argomenti immunitari; come ad essi erano state dedicate le Sue prime pubblicazioni, così anche l'ultimo tema da Lui svolto, prima di esserci rapito, fu attinto all'ordine di studi da Lui prediletto.

Ma indubbiamente Tu, Carlo Moreschi, che ti eri rivelato così sommo artefice nel laboratorio, ora che potevi creare una Scuola, nella maturità dei Tuoi mezzi, dalla armoniosa fusione delle Tue doti sperimentali con quelle cliniche — che il Tuo terzo Maestro, Vittorio Ascoli, allievo e successore di Guido Baccelli, aveva saputo risvegliare in Te — avresti sprigionato nuove scintille!

* * *

Nessun sentimento è più nobile di quello che spinge i posteri al culto del genio che immortala la stirpe: esso incosciamente desta nei figli le virtù dei padri, come ben sentiva il poeta:

A egregie cose l'animo accendono
l'urne dei forti.

Sieno benedette le cerimonie, i pellegrinaggi, le

feste, tutte le foggie più svariate che ha assunto ed assume il centenario di Alessandro Manzoni: il culto di questo Grande non suona solo omaggio al nostro genio, esso feconda e fa germogliare i semi dai quali risorgeranno le eternamente rinnovellantesi meravigliose virtù della nostra stirpe!

Questo omaggio ai grandi ha la arcana potenza di irradiarsi e di raccogliere intorno all'ara del genio l'umanità intera.

Ma l'omaggio che oggi rendiamo alla memoria del vostro conterraneo, noi qui convenuti di presenza o in spirito da ogni regione d'Italia, non è solo il doveroso tributo che il nostro paese sa rendere ai figli che ne fecero grande e rispettato il nome nelle scienze come nelle lettere, nelle arti, nell'industria.

Esso vuole anche ricordare con le parole incise nel marmo che l'ispirazione alla scoperta della sierodiagnosi della sifilide è partita da Carlo Moreschi: il Suo nome è indissolubilmente legato ad essa, perchè la reazione di fissazione del complemento è una figliazione diretta ed immediata del *fenomeno di Moreschi*.

È con legittimo orgoglio che proprio in questi giorni abbiamo vista rivendicata e riconosciuta tra le nostre più fulgide glorie anche quella dell'invenzione del telefono; e fu resa finalmente piena giustizia al nome di Antonio Meucci, il quale dal 1849 aveva fatto la scoperta, che l'opinione pubblica mondiale erroneamente attribuisce allo scozzese Bell nato nel 1847.

Non inutile rivendicazione questa, che culminò nella sanzione della Corte Suprema degli Stati Uniti che il telefono Bell dovesse chiamarsi telefono Meucci, ma sacrosanto riconoscimento che fa rientrare anche questa scoperta nel novero di quelle che seppe fare il genio italiano.

Non altrimenti voi qui avete voluto scolpire nel marmo in caratteri indelebili che chi ha gettato le fondamenta della sierodiagnosi della sifilide è stato Carlo Moreschi: fu Lui che preparò il terreno riuscendo a svellere la gramigna delle erronee concezioni, fu Suo lo sforzo poderoso, immane per gettare le basi alla magnifica creazione della sierodiagnostica moderna, dove è giusto che troneggi oggi la figura di questo nostro grande artefice che vi seppe — per dirlo col poeta — *di creator suo spirito più vasta orma stampar.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 16 marzo 1923.

Linfogranulomatosi inguinale subacuta a focolai suppurativi.

GAMNA. — L'O. illustra un quadro ancora poco noto su cui hanno recentemente richiamato l'attenzione osservatori francesi e americani. Trattasi di un'adenite inguinale mono- o bilaterale che si presenta prevalentemente nell'uomo nel periodo di attività sessuale ed è apparentemente spontanea, ma in realtà preceduta da una piccola lesione primaria di inoculazione sul glande che passa spesso inavvertita. L'adenite evolve in modo subacuto con produzione di focolai multipli di rammollimento che dànno luogo a fistole cutanee da cui geme pus. In primo tempo il pus è costituito in prevalenza da elementi linfatici, da cellule monocitoche e plasmacellule, mancano i polinucleati. Il processo resta limitato alle linfoglandule inguinali, non si nota che un certo risentimento leggero e transitorio delle ghiandole iliache interne. Il provvedimento terapeutico di elezione è l'asportazione dei pacchi ganglionari; con questo si ha la guarigione definitiva.

Anatomicamente si tratta di un processo di adenite e periadenite *sui generis* con grande produzione di cellule epitelioidi e rare giganti, che procede dagli elementi del reticolo delle linfoglandule e si ordina in formazioni nodulari assai caratteristiche. Dal rammollimento centrale di questi noduli hanno origine gli ascessi e le successive fistole. Il reperto istologico differenzia questa forma di adenite da tutte le consimili.

Le ricerche eziologiche sono state fino ad ora prive di successo. L'O. espone le ricerche proprie che ebbero esito quasi tutte negativo, all'infuori di qualche inoculazione in cavie con cui ottenne la riproduzione in successivi passaggi di una forma di adenite istologicamente analoga alla prima fase delle lesioni osservata nell'uomo. Sopra questo punto le sue ricerche sono ancora in corso.

Seduta del 13 aprile 1923.

Ernia inguinale dell'utero e degli annessi nella donna.

BIANCHETTI. — L'O. illustra il suo caso, una donna di 21 anni, e discute la patogenesi di questa interessante e rara affezione.

Seduta del 27 aprile 1923.

VALOBRA. — L'O. presenta un nuovo caso della *Sindrome poliglandulare associata a crisi celiache* da lui descritta recentemente.

In questo paziente, come negli altri già pubblicati, si è manifestato in pieno stato di salute e nell'età adulta il quadro seguente: Fenomeni incompleti di *morbo di Basedow* (inquietudine psichica, tremore, tachicardia). Atrofia notevole dei genitali con impotenza. Caduta di tutti i peli del tronco, del pube, delle ascelle, degli arti, ed in

parte caduta a chiazze dei peli del capo e del viso, astenia profonda ed abbassamento della pressione sanguigna, alterazioni della cute a tipo addisoniano e degli annessi cutanei, crisi di poliuria, ipereccitabilità dei muscoli mimici, crisi di scialorrea alternate con ascialia, febbricola.

Questi fenomeni che dimostrano una profonda alterazione di tutto il sistema endocrino, si associano a frequenti crisi celiache costituite da dolori epigastrici atroci con pulsazione aortica, vomiti incoercibili, tenesmo, vertigini, senso di annientamento, abbassamento ulteriore della pressione, fenomeni che riducono quasi in fin di vita il paziente.

L'O. discute la eziologia e la diagnosi differenziale di questa forma specialmente distinguendola dalla *sclerosi multipla delle glandule endocrine* descritta da Claude e Gougerot, Murri, Falta, ed insiste specialmente sul carattere differenziale che questa è una sindrome fissa, stabile, compatibile colla vita comune, la quale, non subisce mutamenti, mentre nei casi da lui descritti o avvenne la morte in causa della stessa malattia, oppure avvenne la guarigione col ripristino totale e completo della morfologia e della funzione dell'individuo.

Egli basandosi anche sul reperto anatomico di un caso analogo descritto da Pende e Varvaro, considera questa forma come dovuta ad una alterazione funzionale di origine tossica del *sistema endocrino simpatico;* sistema ormai fisiologicamente e patologicamente ben delimitato e costituito sia dal simpatico propriamente detto, come dal sistema autonomo e da tutto il complesso delle glandule a secrezione interna.

Dogliotti. — *Sulla partecipazione del tessuto di sostegno ed in particolare del tessuto reticolare nella cicatrizzazione delle ferite dello stomaco e dell'intestino.*

Seduta del 4 maggio 1923.

Applicazioni diagnostiche del sondaggio prolungato dello stomaco a digiuno.

Girardi. — Riferisce sulla secrezione di succo gastrico provocata dalla permanenza di una sondina di Einhorn a contatto della mucosa gastrica a digiuno, in stomaci vuoti non contenenti residui alimentari. I risultati di queste osservazioni vengono considerati in rapporto ai dati ottenuti con la somministrazione della colazione di Ewald, estratta con il metodo frazionato.

Le conclusioni dedotte da 100 osservazioni si possono riassumere: nel 93 % dei casi, che reagiscono in seguito alla somministrazione della colazione di Ewald con la produzione di succo gastrico cloro-peptico, con il semplice sondaggio prolungato dello stomaco a digiuno si determina la produzione di succo gastrico cloro-peptico o di succo gastrico privo di acido cloridrico libero ma con un'acidità totale superiore ai 10 gradi. I valori in acidità del succo gastrico ottenuto con i due metodi, nei casi di ipercloridria si corrispondono, negli altri casi invece i valori in acidità del succo gastrico ottenuto con il solo sondaggio prolungato a digiuno sono leggermente inferiori a quelli massimi ottenuti con la somministrazione della colazione di Ewald.

In base alla quantità di succo gastrico ottenuta con il sondaggio prolungato a digiuno, i casi osservati vengono dall'O. divisi in gruppi. Quando la quantità di succo gastrico ottenuta nello spazio di 60 m' è superiore ai 40 cc l'O. giudica trattarsi di ipersecrezione, che può essere o no associata ad ipercloridria.

Il sondaggio prolungato a digiuno può essere, come mezzo diagnostico, di grande utilità specialmente per stabilire uno stato di ipersecrezione.

Pietro Sisto.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 aprile 1923.

Sulla etiologia della cosidetta amibiasi.

Prof. O. Casagrandi. — L'O., nel prendere in esame la particolare affezione del crasso con presenza nelle feci di amebe, sostiene non essere in errore coloro che hanno affermato di non aver il Lösch riscontrato se non l'ameba coli, e dimostra che anche l'esperienza di questo autore con la inoculazione nel crasso non ha valore essendo le sole feci di per se stesse dissenteriogene.

Dopo un esame critico della questione l'O. fa rilevare che durante tutto il periodo di guerra e dopo, ha potuto vedere un caso di dissenteria proveniente dalla Tripolitania in cui vi era una ameba che possedeva i caratteri morfologici descritti dallo Schaudinn, ma mai ha osservato cisti tetragene che si originassero da questa ameba anche quando le feci assumessero l'aspetto poltaceo o solido. In tutti gli altri casi diagnosticati le amebe non potevano differenziarsi dalle coli, o cadevano su comuni amebe come la *limax* che spesso si moltiplica nell'intestino dei diarroici. Inoltre in tutti i casi in cui riscontrò cisti a quattro nuclei, corrispondentemente non potè mettere in evidenza alcuna ameba particolare nella fase vegetativa, quando non osservò che queste cisti appartenevano ad altri esseri.

Conclude col dire che questa dissenteria amebica nostrana o amibiasi nostrana non esiste. Nelle feci non si trova che l'*E. coli s. hominis* oppure l'*A. limax,* amebe sfornite di qualunque azione patogena. E i dati epidemiologici confermano questa opinione. Se così non fosse, anche secondo le statistiche dell'Izar in Sicilia ci troveremmo di fronte a un tal numero di malati e portatori da dover collocare l'amibiasi fra le malattie sociali, come la malaria, la tubercolosi, la sifilide, affermazione questa che non regge alla critica.

Boriani. — Il prof. Casagrandi ha, in sostanza, negato la dissenteria amebica in Italia. Poichè il Franchini di Bologna ha pubblicato negli *Annali di Medicina Navale* uno studio nel quale sostiene che nel comune di Molinella ha riscontrato la amibiasi, richiama su di esso l'attenzione del prof. Casagrandi.

Enriquez. — Le amebe hanno grande variabilità, secondo varie condizioni dell'ambiente e secondo lo stadio di sviluppo. Alcune delle figure

dello Schaudinn, sono a interpretarsi come forme degenerative.

CASAGRANDI. — Risponde al dott. Boriani, che sarà sua cura di prendere in esame il lavoro del Franchini per due ragioni: prima di tutto perchè intorno a Bologna vi sono casi continui di dissenteria bacillare; in secondo luogo perchè fu in Bologna che ebbe ad osservare il caso di dissenteria con reperto di histolitica di cui ebbe a parlare.

Tecnica per la colorazione delle cisti amebiche.

SCARPELLINI. — Pone in una provettina un po' di materiale in esame allungandolo con qualche cmc. di soluzione di Schweitzer diluita 1:5, porta il liquido alla ebollizione per qualche minuto. Dopo centrifugazione pone qualche ansata del deposito su portaoggetti, stemperandolo con una goccia di glicerina alla quale è stata aggiunta una goccia di ematossilina acquosa 1:200. Si chiude il portaoggetti con paraffina. Il fondo è quasi incolore e vi spiccano le cisti colorate in celeste-bruno, dentro le quali si possono vedere e contare assai bene i nuclei.

Una modificazione al metodo che permette di osservare la presenza del doppio contorno nelle cisti, e, nel protoplasma trasparente i nuclei con la loro membrana e i corpuscoli contenutivi, consiste nel sostituire il liquido sul deposito con acido acetico 0.5 % aggiungendo dopo alcuni minuti 10-15 goccie di ferrocianuro potassico al 5 %. Si sbatte, si centrifuga nuovamente e col deposito si allestiscono i preparati.

Preparati definitivi si ottengono asciugando (non essiccando) gli strisci del centrifugato, colorando con ematossilina di Jansenn lavando 1 ora in bacinella con acqua corrente, passando in acetone parti 1 xilolo pp. 24, poi acetone e xilolo ana, poi xilolo puro per 10 minuti in ciascuno, e montando in balsamo. Il protoplasma risulta in giallo-chiaro, i nuclei in nero.

CASAGRANDI. — Chiede all'O. se si è imbattuto nelle sue ricerche in cisti tetranucleate e se può stabilire qualche dato sulla durata della presenza di cisti nelle feci.

SCARPELLINI. — La presenza nelle feci di cisti a 4 nuclei sia in sani, sia in individui che furono diarroici, è tutt'altro che rara. Circa la durata della scomparsa delle cisti nelle feci dei diarroici, osservò non esservi contemporaneità tra la scomparsa di queste e di quella delle amebe. Le cisti compaiono in genere quando l'individuo guarito non pone limitazione alla propria dietetica usando qualsiasi cibo, anche vegetale. In un individuo potè stabilire un rapporto fra comparsa delle cisti e alimentazione con uva. Da questi fatti è tratto a pensare alla possibilità che le cisti non originino nell'intestino umano dalle amebe, ma che vi arrivino dall'esterno forse dagli insetti entro i quali compirebbero l'incistidamento.

Sopra un caso di cirrosi epatica in un bambino di 18 mesi.

G. SALVIOLI. — Il caso, oltre che per l'età, per la sua patogenesi costituisce una rarità. Trattandosi di un bambino gastroenteropatico sin dall'epoca della svezzamento a tre mesi, l'O. ritiene che analogamente a quanto può avvenire per la cirrosi atrofica alcoolica il processo interstiziale dipenda dall'assorbimento di prodotti tossicoalimentari dovuti all'enteropatia dispeptica riscontrata anche istologicamente.

Contemporanea infezione varicellosa e scarlattinosa in convalescente di morbillo.

L. D. VERONESE. — Il caso, riguardante un bambino di due anni, presentò le seguenti particolarità: inizio con due giorni, di febbre elevata, successivamente comparsa di macule e vescicole con remissione della temperatura, nuovo cospicuo rialzo termico al quarto giorno, enantema, vomito, esantema scarlattinoso in quinta giornata; nessuna nuova efflorescenza varicellosa durante dieci giorni; poi ripresa di tale esantema per altri due giorni. Desquamazione dovunque e costantemente furfuracea durata ben 35 giorni. Nel sangue leucocitosi, eosinofilia, presenza nei leucociti polinucleati neutrofili delle inclusioni descritte da De Cristina e da Amato. Nell'urina diazoreazione positiva.

Seduta dell' 11 maggio 1923.

Sulle leggi della frequenza e delle combinazioni dei sessi nei parti plurimi.

Prof. C. GINI. — L'O. sulla scorta di ampio materiale statistico (oltre 300 milioni di nascite) ed in base ad ipotesi suggerite dai moderni risultati biologici, rende ragione delle regolarità, finora rimaste senza spiegazione soddisfacente, che si riscontrano nella frequenza dei parti di diverso ordine (doppi, tripli, quadrupli, quintupli) e nelle combinazioni dei sessi che in essi si verificano.

Il dosamento del ferro nel sangue.

A. RONCATO. — L'O., avendo stabilito che il metodo di dosamento del ferro nel sangue mediante l'incenerimento o mediante ossidazione col metodo di Neumann porta ad errori fino al 9 %, propone l'incenerimento mediante acido nitrico attraverso al quale si faccia gorgogliare ossido d'azoto. L'O. propone inoltre che la titolazione del ferro invece di essere fatta col metodo volumetrico sia eseguita col metodo spettrofotometrico col quale si raggiunge il duplice intento di una maggior precisione e di una maggiore rapidità.

Meccanismo umorale e meccanismo nervoso della secrezione pancreatica.

E. PESERICO. — Per mezzo della circolazione artificiale nel pancreas isolato, l'O. ha dimostrata la coesistenza di due meccanismi diversi e ben distinti della secrezione esterna pancreatica, mentre esclude ogni obbiezione che l'eccitamento nervoso giunga al pancreas non direttamente, ma con l'intermezzo della secretina.

G. CEVOLOTTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

CARDIOLOGIA.

Le insufficenze cardiache monosintomatiche.

Le insufficienze cardiache non si presentano sempre con tutto il corteo dei noti sintomi; talvolta si osserva uno solo di essi e la diagnosi, in mancanza degli altri può essere sviata. Ch. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 28 aprile 1923) passa in rivista i principali. 1) *Tachicardia*: può essere un semplice segno di nervosismo o di anemia, ma assume un significato piuttosto grave dopo la cinquantina, in soggetti ipertesi, annunciando un galoppo cardiaco che non tarderà; è opportuno prescrivere subito il riposo, il regime latteo-vegetariano e la digitalina a piccole dosi (5 goccie della soluzione a 1/1000, 3-4 volte la settimana). 2) *Dispnea*. dipende da cause diverse polmoni, reni, stato anemico, stanchezza generale) oltre che dal cuore; la presenza di ipertensione, di aritmia può orientare la diagnosi; più agevole è questa se la dispnea è notturna, vera reazione di difesa del cardiaco; specialmente per il cuore destro, l'insufficienza si traduce all'inizio con la semplice oppressione notturna tutt'al più accompagnata da tachicardia; l'origine cardiaca è quasi certa nelle crisi di asma che si iniziano dopo i 50 anni. 3) *Umidità bronchiale*: i rantoli umidi stagnanti alle basi possono essere dovuti anche a bronchite cronica, cosa poco probabile se l'individuo è giovane; nei mitralici, piccole dosi di digitalina possono in breve fare scomparire i rantoli che li avevano fatti considerare come bronchitici. 4) *Fegato grasso*: è attribuibile alla insufficienza del cuore destro; talvolta i segni miocardici sono affatto attenuati, ciò che spiega l'errore accaduto di prendere tale fegato grosso per una cisti idatidea; all'esame attento si scoprirà un po' di tachicardia, la punta del cuore leggermente deviata all'infuori, qualche rantolo umido alle basi polmonari; il regime idro-latteo di riduzione, la teobromina, la digitalina mostrano rapidamente il loro effetto; si può però commettere l'errore inverso di attribuire al cuore un fegato grosso da cirrosi, quando si esamina l'ammalato ad uno stadio tardivo e vi è già la tachicardia. 5) *Edemi alle gambe;* anche in tal caso è in causa il cuore destro; l'ammalato attribuisce il suo disturbo a varici, mentre una leggera tachicardia ed una lieve dispnea su cui l'ammalato non aveva portato l'attenzione indicano al medico la via per la diagnosi. 6) *Albuminuria*: può essere il primo e l'unico disturbo che preannuncia l'insufficienza miocardica, tutt'al più accompagnata da tachicardia od aritmia leggere; in tali casi, se non curati a tempo, possono aversi da un momento all'altro dei gravi sintomi di insufficienza; nei cardiaci sarà ad ogni modo consigliabile l'esame frequente delle orine.

La ragione per cui l'insufficienza cardiaca può fissarsi in un determinato punto non è ben chiara; il fatto però esiste e deve essere tenuto presente per indurre ad un esame più completo del malato in presenza di uno dei sintomi accennati

fil.

L'endocardite che compare nel corso della poliartrite deve considerarsi una complicazione oppure la malattia primaria?

A. Krogius (*Münchn. Med. Wochenschrift*, 1913, n. 11) osserva che la questione è difficile a risolvere. Argomenti a favore della concezione dell'endocardite come affezione primaria sono le osservazioni di casi in cui l'endocardite precede l'affezione articolare o in cui la poliartrite si manifesta in individui affetti da un vizio di cuore, e di casi in cui l'endocardite è l'unica localizzazione dell'« infezione reumatica »; inoltre la grande analogia che esiste tra la poliartrite e le affezioni settiche (affezioni articolari e delle sierose nelle infezioni settiche). Argomenti contrari alla detta concezione sono la fugacità delle affezioni articolari (considerate perciò da alcuni autori come lesioni anafilattiche, analoghe alle affezioni articolari della malattia da siero, anzichè come lesioni metastatiche) e il fatto che l'affezione articolare precede di solito l'endocardite che in molti casi manca del tutto. È però estremamente difficile lo stabilire se nei singoli casi esista o no un'endocardite (talvolta mancano o sono molto vaghi i segni di essa, e gli esiti spesso si possono valutare solo dopo passato molto tempo) e tanto più il precisarne il momento di inizio; il processo è forse già avanzato quando ci si palesa con la presenza di rumori accessori o di alterazioni dei toni cardiaci. L'A. pensa che i germi comunque penetrati nel sangue, si localizzino primitivamente sull'endocardio valvolare. Dalle deposizioni trombotiche si staccherebbero poi di tempo in tempo dei piccoli emboli, che determinerebbero delle metastasi

multiple nelle articolazioni, talvolta anche nella pelle e altrove. La scarsità di germi in questi emboli spiegherebbe la fugacità delle lesioni articolari. La tendenza della malattia alle recidive dipenderebbe dalla persistenza e dalla periodica riacutizzazione del processo morboso valvolare.

POLLITZER.

Il lavoro nei cardiaci.

Si tende ora a riconoscere che molti individui con lesioni cardiache possono fornire un lavoro non indifferente; vi sono anzitutto dei cuori che si possono considerare come semplicemente minorati e che, nei limiti permessi, sono capaci di una vita attiva. In presenza di vere lesioni cardiache bisogna distinguere quelle statiche, dipendenti da reumatismo, corea, scarlattina, ecc. e quelle progressive, dovute ad arteriosclerosi, sifilide; solo le prime permettono che l'individuo che le porta si dedichi al lavoro; persino il rigurgito aortico, se non è dovuto ad arteriosclerosi o sifilide, comporta una delle prognosi migliori fra le lesioni valvolari.

In generale si consiglierà al cardiaco un'occupazione connessa con periodi regolari di lavoro e di riposo, senza affanni e senza fretta; sarebbero invece esiziali i lavori che necessitano sforzi notevoli momentanei, anche se seguiti da lunghi intervalli di riposo, come p. e. il lavoro del soldato, quello da facchino nei dock. I lavori che esigono anche sforzi delle estremità inferiori sono poi sempre meglio tollerati che quelli connessi con movimenti degli arti superiori (falegname) che sono particolarmente dannosi nelle malattie aortiche e se vi è sospetto di angina. Dovranno essere prese in considerazione anche le condizioni di vita, come la distanza dal luogo di lavoro, il piano di casa in cui abita il cardiaco, poichè nuove cagioni di affaticamento possono in tal modo aggiungersi; per le donne di casa basta talora sopprimere la lavatura della biancheria per rendere tollerabile il lavoro. R. O. Moon (*British med. Journ.*, 1923, n. 3203) osserva inoltre che non è affatto necessario di prescrivere un lavoro sedentario; si dovrà sempre decidere caso per caso specialmente scegliendo un genere di occupazione che sia adatto e di gradimento al cardiaco, il quale, in lavori a cui sia abituato, potrà dare un ottimo rendimento. Assai cauti si sarà nei ragazzi per la loro tendenza a strapazzarsi senza accorgersene. Si dovranno poi sempre evitare gli sforzi mentali ed emozionali che possono essere ben più dannosi che un sovraesercizio fisico.

fil.

La balneoterapia nei cardiopatici.

Tempo fa i bagni nei cardiaci venivano recisamente sconsigliati poichè si temevano serie e gravi conseguenze; in seguito però si dimostrò che con essi potevano ottenersi buoni risultati. Pinilla (*Archives of medical Hydrology*, 1923, n. 1) osserva che secondo le odierne vedute, i bagni a 33°-34° determinano nei cardiopatici un'azione tonico-sedativa, a prescindere dal contenuto in anidride carbonica, specialmente per la radioattività delle acque; l'energia del cuore ne verrebbe aumentata, l'azione del simpatico sarebbe moderata. Due mesi dopo stabilitasi la malattia, se non vi è più febbre, sono consigliabili i bagni con acque leggermente mineralizzate, che nei mitralici possono farsi a 37° per una quindicina di minuti; i bagni effervescenti sono indicati quando la pressione vascolare è bassa in quanto che diminuendo il letto vasale periferico determinano una benefica influenza; le acque contenenti sali alcalini, esercitano un'azione stimolante sulla cute e quindi elevano il tono cardiaco. Perchè si possano ottenere effetti palesi, la cura con i bagni deve essere prolungata. Assolutamente sconsigliata è la balneoterapia negli aortici.

fil.

Trattamento delle forme gravi di insufficienza cardiaca.

I metodi moderni di esplorazione cardiaca permettono di dare delle indicazioni precise sull'uso dei cardiotonici; in generale il trattamento varia a seconda che l'insufficienza miocardica si è stabilita più o meno rapidamente.

1. *Insufficienza acuta.* — Si osserva nel corso dell'ipertensione permanente iniziandosi con un accesso anginoso od una crisi di edema polmonare acuto, oppure nella donna incinta affetta da lesione mitrale. In tali casi secondo R. Giroux (*Journ. de médecine de Paris*, 1923, n. 11), la prima indicazione consiste nel salasso di 400-500 cmc. ed in seguito nel trattamento con l'uabaina; è preferibile l'iniezione endovenosa 1/4 di mg. da farsi quotidianamente per 5-6 giorni, eventualmente nei primi due giorni si ripeterà l'iniezione 2-3 volte; somministrando l'uabaina *per os* bisogna dare 3-4 mg. al giorno in tre volte. Scomparsi gli accidenti acuti, si darà per 3-6 giorni la soluzione di uabaina a dosi di XXV-XXX goccie, oppure la digitalina (X-XV goccie della soluzione al 1/1000 (per 3-4 giorni) oppure l'associazione digitale uabaina (XXX goccie al giorno in due volte per 4-5 giorni).

2. *Insufficienza subacuta.* — Il tipo è dato

da un iperteso anziano in cui il cuore presenta segni di debolezza, inizio di galoppo, abbassamento della tensione, edema malleolare, dispnea da sforzo, ecc., oppure dal cardiaco valvolare, in cui il cuore stanco manifesta la sua sofferenza con segni funzionali intensi e piccole crisi di aritmia. In questi casi (come nell'individuo con miocardite senza lesioni valvolari) predominano nel quadro clinico i disturbi della tonicità miocardiaca e la comparsa è meno brutale, l'evoluzione meno rapida che nel caso precedente. Si ricorrerà alla medicazione digitalinica, somministrando però dosi abbastanza forti, p. e. LX-XC goccie in tre giorni; alcuni hanno consigliato le iniezioni endovenose di digitalina (X-XV goccie al giorno per 2-4 giorni). La cura digitalinica può essere preceduta da quella uabainica; quando poi il miocardio ha ritrovata la sua capacità si prescriverà una cura di strofanto (tintura o granuli) alternandola con quella di digitale o di uabaina quando i sintomi ricompaiono.

3. *Insufficienza cronica.* — Costituisce la fase finale delle lesioni valvolari con le due modalità cliniche frequenti dell'aritmia completa od insufficienza auricolare e della sinfisi cardiaca; corrisponde all'asistolia degli antichi con la cianosi, le stasi viscerali, gli edemi. Nella cura si deve anzitutto lottare contro gli sbarramenti periferici: coppette scarificate sui polmoni e sul fegato, purganti energici, eventualmente delle mosche di Milano; si darà in seguito la digitalina a dosi piccole, ripetute spesso o l'associazione digitalina-uabaina continuata molto a lungo; in presenza di aritmia completa, il solfato di chinina o la chinina, dati dopo la cura cardiotonica, possono fare scomparire la fibrillazione auricolare. In tal modo si può ritardare la comparsa degli accidenti gravi dell'asistolia; arriva però un momento in cui i cardiotonici sono inefficaci; in qualche caso, specialmente nella sinfisi del pericardio, l'intervento chirurgico, aprendo uno sportello toracico, ha permesso di ottenere miglioramenti di un'asistolia altrimenti irriducibile.

fil.

Pericardite con grosso versamento simulante un versamento pleurico.

Schnermans (*Le Scalpel*, 18 novembre 1922) riferisce un caso nel quale, dopo ingestione di conserve avariate, si sviluppò un'eruzione su tutto il corpo, e dopo qualche giorno fu diagnosticata una pleurite essudativa sinistra. La puntura, fatta al IX spazio posteriormente, diede esito a liquido sieroemetico, ricco di linfociti. L'esame radiologico però escluse la presenza di liquido nelle pleure, e dimostrò un grosso versamento pericardico. Oltre i cardiocinetici, fu propinato intravene un grammo circa di cloruro di calcio al giorno. Dopo due settimane l'esame radiologico mostrò una riduzione del versamento pericardico; però era comparso versamento in ambedue le pleure, che l'A. attribuisce con probabilità ad iposistolia.

Il cloruro di calcio, che si può somministrare anche per os va associato a dieta ipoclorurata: agirebbe producendo diuresi, rinforzando l'azione cardiaca, e sostituendo NaCl che tanta parte ha nella formazione degli essudati. L'A. non si mostra del tutto convinto della sua efficacia, però lo consiglia avendone ottenuto talvolta buoni risultati.

DORIA.

Olio canforato alla morfina.

Talvolta può essere indicata la somministrazione contemporanea di olio canforato e di morfina per tonificare il malato ed al tempo stesso calmare i dolori; l'associazione dei due medicamenti presenta però qualche difficoltà perchè la morfina non è solubile negli olii. In tal caso si può prescrivere: Canfora g. 1; Morfina cg. 10; Acido oleico puro q. b. per sciogliere; Olio d'oliva lavato all'alcool q. b. per 10 cmc. Ogni cmc. contiene 10 cg. di canfora ed un cg. di morfina.

fil.

SEMEIOTICA.

Ventriculoscopia e intraventricolare fotografia nell'idrocefalo interno.

(TEMPLE FAY e FRANCIS C. GRANT. *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, n. 7, 17 febbraio 1923).

L'articolo è un rapporto preliminare sul problema dell'idrocefalo interno: ma agli AA. è parsa assai suggestiva la possibilità — mediante un cistoscopio — di penetrare nei ventricoli dilatati eseguendo così non solo una ventriculoscopia, ma anche la fotografia delle condizioni dei ventricoli stessi mediante un cistoscopio fotografico. Nel caso che gli AA. riportano si trattava di un bambino di 10 mesi affetto da idrocefalo nel quale — dopo anestesia eterea della regione — fu praticata con un piccolo trapano un foro nella regione post-parietale, nel quale fu introdotta dapprima una cannula di Cotton, sostituita quindi da un cistoscopio n. 12 il quale permise l'osservazione diretta della parete ventricolare con le sue vene fortemente dilatate. Il metodo potrebbe — senza gran rischio — essere utilizzato per la diagnosi di tumori che facciano sporgenza nei ventricoli laterali. Giacchè —

oltre alla visione delle ectasie venose — la visione diretta del ventricolo può permettere di riconoscere la tela coroidea nello sfondo luminoso ventricolare, e più suggestive ancora appaiono le fotografie eseguite direttamente nel ventricolo: queste permettono di riconoscere nettamente la tela coroidea; la parete ventricolare, la distribuzione venosa, l'ectasia delle vene che dalla parete ventricolare si dirigono verso l'esterno e perfino il foro di Monro a virgola e tipicamente slargato.

MILANI E.

IGIENE.

Pericoli e protezione dei lavoratori con i raggi X.

Gli individui che lavorano con i raggi X, come medici ed inservienti di gabinetti radiologici e costruttori degli apparecchi, vanno soggetti ad una serie di disturbi che possono essere anche gravi e mortali e che lo furono ancor più nei primi tempi in cui si usavano tali raggi senza conoscerne bene l'azione e senza adottare le necessarie misure protettive. Anche queste però si sono dimostrate non sempre sufficienti, specialmente dopo l'introduzione della terapia profonda e casi dolorosi si sono osservati ancora, fra cui le morti recenti di Coppola e Bergoné.

I danni provocati dai raggi X possono consistere in:

1) *Accidenti prodotti dalla corrente elettrica;* quella a tensione bassa o media (120-160 volts) può determinare l'arresto del cuore ed essere quindi senz'altro mortale. Tale corrente però in linea generale è la stessa che circola nelle nostre case, e può diventare pericolosa solo col concorso di circostanze particolari, come lo dimostra la morte recente del radiologo francese Jaugeas (1). Il pericolo sta in rapporto con l'intensità della corrente che può traversare il corpo umano messo bruscamente in corto circuito fra la linea e la terra; ciò dipende dal voltaggio nonchè dalla resistenza del corpo e da quella dei contatti. Quando l'individuo è vestito, con le suole di cuoio e le mani secche, la resistenza è considerevole (fino a 50,000 *ohms*) ed il contatto con i fili può essere innocuo: con mani e piedi bagnati, suolo buon conduttore, ecc., la resistenza può abbassarsi a qualche centinaio di *ohms*, sicchè può anche aversi la morte con correnti di 90-100 *volts*.

(1) M. BAVELAËR. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1923, n. 7-9.

La corrente ad alta tensione (1200-4800 volts) determina in seguito ad inibizione del centro respiratorio bulbare, fenomeni di asfissia che possono venir combattuti con i mezzi ordinari.

Gli accidenti provocati dalla corrente si prevengono destinando anzitutto al gabinetto radiologico un locale abbastanza ampio, non troppo ingombro di apparecchi in modo che gli operatori vi si possano muovere senza timore di contatti pericolosi. Si useranno inoltre tutte le necessarie precauzioni di tecnica: forte isolamento dei fili ad alta tensione, molle di richiamo per i fili sicchè questi, in caso di rottura o di distacco non cadano, ma vengano tirati in alto, valvole fusibili, ecc. Il personale di inservienza sarà opportunamente istruito in modo che conosca come possa evitare i pericoli e come porvi eventualmente riparo; importante è il pronto isolamento dal circuito e successivamente la respirazione artificiale continuata a lungo.

2) *Disturbi locali*, quali radiodermiti, degenerazioni cancerose, ecc. Questi sono generalmente scomparsi con l'uso delle necessarie protezioni ai tubi radianti ed agli operatori (guanti e grembiuli) e con l'adozione di pareti blindate con piombo e provviste di vetro anti X. Comunque però, siccome l'operatore è sempre esposto a ricevere i raggi X, sia pure in piccole dosi, è opportuno eliminare dalle sale radiologiche individui con disturbi cutanei specialmente acne rosacea, con lesioni sifilitiche, con diabete e con disturbi endocrini.

3) *Disturbi generali prodotti direttamente dai raggi X.* Consistono essenzialmente in nausee, vertigini, dispnea, tachi- e bradicardia e talora anche anemia profonda progressiva. Sono da attribuirsi all'azione che i raggi X determinano su tutto l'organismo, che Scala (1) ha dimostrato svolgersi nel senso di provocare idrolisi da cui si hanno alcali ed acidi liberi; tali effetti si esplicano sul paziente sottoposto alla cura, ma possono anche colpire l'operatore con l'azione cumulativa di piccole dosi frequentemente ripetute. In modo speciale i raggi X colpiscono l'apparato emopoietico, come risulta dal lavoro di Caffarati (2); essi determinerebbero nei radiologi degli choc emoclasici che, ripetuti molte volte nella giornata e per lungo periodo di tempo, indurrebbe-

(1) A. SCALA. *Annali di igiene*, 1923, n. 2.
(2) M. CAFFARATI. *La Radiologia medica*, 1922. n. 8.

ro nell'organismo uno squilibrio ora simpatico, ora più spesso vagotonico.

L'organismo sensibilizzato reagirebbe anche a piccole dosi con choc emoclasico tipico (bradicardia, leucopenia, inversione della formola leucocitaria) od invertito (iperleucocitosi, linfopenia, tachicardia). Nell'intervallo fra i diversi periodi di reazione ai raggi, se ne avrebbero altri di relativa insensibilità in cui la formola leucocitaria ritorna normale. Sulle emazie i raggi X hanno azione specifica, alterando il potere emoglobinizzante dei centri germinativi, ciò che si traduce con reperti ematici simili a quelli della clorosi.

Gli effetti patologici si spiegano specialmente con l'azione cumulativa che i raggi X esercitano anche a dosi minime. Tale azione è stata messa in evidenza da Vianello (1) il quale ha dimostrato che, con l'irradiazione della milza, dosi incapaci di far variare la formola sanguigna se applicate una volta sola determinano invece, se applicate più volte, modificazioni durevoli nel numero e nella formola degli elementi sanguigni con aumento delle emazie, leucocitosi con linfocitosi.

La profilassi di questi disturbi consiste anzitutto nel tenere separato il personale in una camera distinta da quella d'applicazione e nell'adottare i mezzi di difesa. Per questi, secondo le ricerche di Mascherpa (2) sarebbe sufficiente munire la camera di manovra con uno strato di 6 mm. di piombo e con lastre di vetro anti X di 20 mm. Altre provvidenze vanno adottate consistenti nella concessione di frequenti licenze al personale e nel sottoporre questo a frequenti esami sistematici del sangue.

5) *Altri disturbi generali si osservano non determinati direttamente ai raggi* X, ma comuni ai gabinetti di elettrologia e dovuti all'ozono che vi si produce per il contatto con l'aria dei conduttori ad alta tensione e che, assorbito per lunghe ore dalle vie respiratorie, provoca, oltre che irritazione di queste, cefalea, vertigini, stato nauseoso, talora vomito e coliche. A tali inconvenienti si può ovviare con una adatta disposizione degli apparecchi, tale che diminuisca l'effluvio dell'ozono e con una ventilazione efficace e razionale dell'ambiente.

Gli inconvenienti che possono verificarsi sul paziente stesso esulano dal campo dell'igiene e sono di esclusivo dominio dello specialista.

A. FILIPPINI.

(1) C. VIANELLO. *La Radiologia medica*, 1923, n. 4.
(2) F. MASCHERPA. *L'Actinoterapia*. Vol. II, (1922), fasc. 6.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abbonato 7353 (1) da Firenze:

Troverà il *vaccino antitubercolare* presso qualunque buon Istituto produttore di sieri e vaccini; ve ne sono parecchi in Italia. Il giudizio sull'efficacia non può essere dato in una semplice risposta, tanto più che i pareri sui diversi tipi di vaccino non sono concordi. Anche questo metodo, come altri sussidî terapeutici nella tubercolosi, ha le sue indicazioni e può dare buoni risultati.

A. F.

Al dott. L. V.:

Un trattato che esce con la collaborazione di tutti i più noti radiologici d'Italia è quello che verrà messo in vendita in settembre prossimo: rivolgersi per le prenotazioni al prof. Ponzio, Torino, Ospedale Mauriziano. In tedesco il recente Assmann (Lipsia); in francese il recente Guilleminot (Masson); riunisce con la parte radiologica anche la parte di elettroterapia, come lei vuole, e che in genere non è associata alla parte radiologica.

MILANI E.

VARIA

Morsi dai serpenti.

Nel Brasile si hanno ogni anno oltre 18,000 individui morsi da serpenti, con una mortalità non inferiore a quattro mila uomini, cifra molto elevata, che vien solo superata da quella che si ha nelle Indie, dove il numero dei morti per morsi da serpenti, è di circa 20,000 all'anno. Il siero di Calmette, ottenuto dal veleno della «Naia tripudians», è risultato nel Brasile privo di efficacia, a causa della diversità biologica dei serpenti di quella regione. In vista di ciò, l'Istituto di Butantan prepara sieri adatti per i veleni dei serpenti locali. Il problema tecnico più importante è quello di avere disponibili i serpenti stessi ed i loro veleni. Si organizza all'uopo una caccia ai serpenti con opportune trappole; il rettile, non appena preso, vien trasmesso all'Istituto in franchigia ferroviaria e coi più celeri treni. Per interessare i contadini all'invio di serpenti si concede un premio in danaro o in siero; in tal modo l'industria si è largamente sviluppata, cosicchè arrivano all'Istituto oltre 1000 serpenti al mese. La raccolta del veleno è fatta immobilizzando dapprima il serpente con una forchetta di ferro nel terreno, prendendolo per il collo e facendogli mordere un vetrino da orologio, nel quale si raccolgono le poche gocce di veleno di singolo morso. Tale veleno si inocula ai cavalli, che dopo circa 6 mesi sono immunizzati e forniscono un siero curativo.

(*Il Medico Italiano*)

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Un progetto di legge Svizzero per la lotta contro la tubercolosi.

Il bollettino del Servizio Federale Svizzero dell'Igiene Pubblica ha pubblicato un progetto di legge concernente le misure per impedire la diffusione della tubercolosi. Prima di essere presentato al potere legislativo il progetto è portato a conoscenza del pubblico scientifico e professionale perchè sieno fatte osservazioni ed apportati suggerimenti.

Il progetto consta dei seguenti articoli:

1. — Per combattere la tubercolosi la Confederazione, i Cantoni ed i Comuni, con il concorso degli Istituti privati di beneficenza, applicano le provvidenze elencate negli articoli seguenti.

2. — È prescritta la dichiarazione obbligatoria della tubercolosi quando il malato costituisce un pericolo per gli altri. L'amministrazione, alla quale è indirizzata la dichiarazione, è tenuta al segreto.

3. — Gli individui affetti da tubercolosi conclamata o sospetta devono essere messi in grado di essere esaminati e curati e devono sottoporsi alle misure di precauzione prescritte nell'interesse della collettività. Quando un malato di tubercolosi mette in pericolo le persone del suo ambiente, sia perchè le circostanze non gli consentono di prendere le misure necessarie per difenderle dal contagio, sia perchè le misure stesse non sono osservate malgrado gli avvertimenti, l'infermo sarà trasportato in un ospedale oppure si allontaneranno le persone conviventi, specialmente i bambini.

4. — Gli individui affetti da tubercolosi, i quali hanno occupazioni tali che favoriscono la diffusione della tubercolosi, devono essere sottoposti ad adeguata sorveglianza. Eventualmente si deve impedire loro di lavorare in comune con altri e specialmente con ragazzi; in caso di necessità si può anche interdire lo esercizio della loro professione. Se non è possibile trovar loro un'altra applicazione o se in conseguenza cadono nell'indigenza, devono essere indennizzati.

5. — Il Consiglio Federale fissa le norme che devono essere adottate per prevenire il contagio, e la cui applicazione esclude le misure previste negli articoli 3 e 4.

6. — Il Consiglio Federale fissa le norme di profilassi che devono essere adottate nei laboratori, nelle officine, negli altri stabilimenti, nelle industrie alimentari, nei mezzi di trasporto e nei luoghi pubblici.

7. — Le scuole, gli istituti di educazione, gli asili, ed in genere tutti quei stabilimenti nei quali i ragazzi vivono in comune, devono essere sottoposti ad una sorveglianza medica regolare; i ragazzi che presentano manifestazioni sospette saranno messi in osservazione, e quelli che risultano affetti da tubercolosi conclamata e pericolosa saranno allontanati. I ragazzi non tubercolotici possono essere affidati a famiglie, presso le quali non corrono il rischio di contagiarsi; i ragazzi tubercolotici non possono essere affidati a famiglie presso le quali si trovino ragazzi non tubercolotici.

8. — I Cantoni provvederanno perchè le escrezioni tubercolari possano essere sottoposte ad esame batteriologico; a richiesta del medico questo esame sarà gratuito.

9. — Le escrezioni di tubercolotici e in genere quelle nelle quali si sospetta la presenza del bacillo devono essere rese inoffensive. I locali e gli oggetti lordati da tali escrezioni devono essere disinfettati e puliti. A richiesta del medico anche queste operazioni saranno gratuite.

10. — È proibito di sputare sul pavimento nei locali pubblici, nei veicoli pubblici, nelle officine, nei laboratori, ecc.

11. — I Cantoni sono autorizzati a prescrivere misure più estese e più severe di quelle previste dagli articoli 9 e 10, specie quando si tratti di istituti di cura e di alberghi frequentati da stranieri.

12. — I Cantoni sono tenuti a provvedere perchè siano istituiti: *a*) stabilimenti ed istituzioni necessarie per prevenire la comparsa della tubercolosi e per fortificare gli individui minacciati, ossia preventorî, case di convalescenza, colonie, ecc.; *b*) dispensari e servizi di consultazioni destinati a svelare i tubercolotici, specie fra i ragazzi, a consigliarli, sorvegliarli, a curarli anche a domicilio; *c*) gli istituti necessari a raccogliere e curare i tubercolotici e riadattarli al lavoro, come sanatori, ospedali, colonie di lavoro, ecc.

13. — I Cantoni devono particolarmente curare la igiene delle abitazioni e tutto ciò che concerne la proprietà degli alloggi.

14. — I Cantoni provvedono ad educare il pubblico per ciò che concerne la natura, i pericoli e la profilassi della infezione tubercolare.

15. — La Confederazione incoraggia e sovvenziona tutte le ricerche relative allo studio scientifico della tubercolosi.

16. — Riguarda il finanziamento e la ripartizione delle spese occorrenti per l'applicazione della legge.

17. — È proibito annunziare, mettere in vendita o vendere rimedî segreti per la cura della tubercolosi.

18, 19 e 20. — Fissano le competenze del Consiglio Federale e dei Cantoni in materia di regolamenti e di norme di applicazione della legge.

21. — In caso di contravvenzione alle misure previste dalla legge e del regolamento di applicazione e delle relative ordinanze è comminata una ammenda che va fino a 1000 fr.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Municipio.* — Capo Sezione medico-micrografica e capo Sezione chimica del Laboratorio Consorz. d'igiene. Scad. 31 agosto. V. fasc. 32.

CAPANNOLI (*Pisa*). — Condotta del Capoluogo. Stipendio L. 6000; aumento di 1/10 fino a raggiungere la quota corrispondente alla metà stipendio; indenn. c.-v.: 2000 per la cavalcatura di cui 500 mantenute solo fino a quando perdurerà l'attuale costo dei foraggi. Scadenza 1° settembre.

CUMIGNANO e TICENGO (*Cremona*). — Condotta consorziale. Estensione km. 14, abitanti 2000, poveri 1200. Residenza Ticengo. Stipendio iniziale lire 7750 con aumenti periodici fino al 50 % in 20 anni; cura poveri L. 2400; uff. san. L. 500; trasp. senza obbligo cavalcatura L. 1500; indenn. c.-v. Capitolato tipo provinciale. Documenti di rito al Presidente del Consorzio, Giovanni Arrigoni, in Ticengo. Obbligo di prendere servizio entro due mesi dalla nomina. Scadenza 30 settembre.

FORENZA (*Basilicata*). — Medico condotto residenziale. Stipendio L. 5000 lorde fino a trecento poveri, con addizionale di L. 10 per ogni povero in più; sei quadrienni. Obbligo di tutte le visite necroscopiche e delle vaccinazioni. Documenti di rito non anteriori a sei mesi. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla nomina. Scad. 30 settembre.

GROSSETO. *Congregazione di Carità.* — Aiuto medico-chirurgo all'Ospedale; Scad. 31 ag. L. 6000 e c.-v.; alloggio obbligat. in osped.

GROSSETO. *R. Spedale della Misericordia.* — Aiuto medico-chirurgo. A tutto il 31 ag. L. 6000 lorde, ed indenn. c.-v. temporanee. Alloggio in Ospedale.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — I concorsi ai posti di dirigenti, vice-dirigenti e assistenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

MINTURNO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Segretario medico negli Uffici del Comitato Centrale. Scad. 31 agosto. Vedi fasc. 33.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domande e docum. entro 15 ottobre. V. fasc. 28.

SANT'ORESTE DEL MONTE SORATTE (*Roma*). — Scad. 10 sett. L. 9000 fino 2000 ab. pov. L. 1.50 per ogni povero in più. Una ind. c.-v. L. 300 uff. san. e L. 600 tenuta armadio farmaceutico. Aum. decimo fino 5 quadrienni.

SOLESINO (*Padova*). — Scad. 31 ag. L. 7200 fino a 1000 pov.; due c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 800 se bic. e L. 2000 se cav.; età lim. 40. Pratica annua in pubbl. osped. o condotta o non breve esercizio onorevole o con titoli equipollenti di speciale colt. scientif. e buona pratica nell'arte med. Stato di fam. Riserva di modificazioni.

VENTIMIGLIA SICULA (*Palermo*). — A tutto il 31 agosto; L. 5000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 5 oltre; 5 quinq. dec.; c.-v.

CONCORSI A PREMIO.

La R. Accademia di Medicina di Torino apre il concorso al XIV Premio Riberi di L. 20,000. Possono concorrere tutti i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere, pervenuti a quest'Accademia che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono. I lavori devono essere scritti a macchina o stampati e in doppio esemplare. Se stampati, devono essere editi dopo il 1920. Il concorrente, nella lettera accompagnatoria, accennerà alle parti o agli argomenti più importanti dei propri scritti sui quali intende maggiormente richiamare la attenzione della Accademia giudicante. I lavori si devono spedire alla R. Accademia di Medicina di Torino non dopo il 31 dicembre 1927.

La Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia comunica che è bandito un concorso al «Premio Tommaso De Amicis». Il premio di lire 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro sopra argomento di stretta attinenza alle discipline dermosifilografiche. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Le memorie presentate al concorso non potranno essere scritte a mano, ma dovranno essere copiate a macchina o stampate: sempre inedite. I lavori saranno inviati in piego postale raccomandato al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69 - Roma (20), entro il 30 settembre 1923. Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi al segretario della Società dott. Vincenzo Montesano.

Il concorso al Consorzio Chiesa-Caspoggio-Lanzada (Sondrio) per cui fu dichiarato il boicottaggio, ha avuto esito nullo in quanto tutti i concorrenti si sono ritirati.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con decreto 22 agosto 1922 il Ministro dell'Interno ha conferito al dott. Giovanni Nicastro da Città di Castello, la medaglia d'argento al merito della Sanità pubblica.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Avrà luogo a Roma, nei giorni 24-26 ottobre 1923, a cura del Comitato ordinatore presieduto dal prof. V. Ascoli.

Sono messe all'ordine del giorno le seguenti relazioni:

1) *Diabete insipido e ricambio idrico.* Relatore: prof. ASCOLI MAURIZIO.

2) *Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle pancreatiti ed infezioni biliari.* Relatore: prof. SCHUPFER FERRUCCIO. (Relazione in comune con la Società Italiana di Chirurgia).

3) *Sui progressi della diagnostica e terapia delle malattie di cuore.* Rivista del prof. BARLOCCO AMERIGO.

Coloro i quali intendono di fare comunicazioni al Congresso sono tenuti ad inviarne il titolo, e possibilmente il testo, al presidente del Comitato ordinatore od al segretario del Congresso, prof. Giuseppe Sabatini (R. Clinica Medica - Policlinico Umberto I - Roma) non oltre il 10 settembre p. v.

Oltre i soci effettivi, possono partecipare al Congresso i medici che si iscriveranno quali aderenti.

Per l'iscrizione a soci aderenti occorre inviare alla Segreteria del Comitato ordinatore la quota di lire quaranta. Per le signore dei congressisti è fissata la quota di lire venti, che dà diritto anch'essa ai ribassi ferroviari.

Laurea carpita?

Il Rettore della Università di Napoli ha sporto denunzia al Procuratore del Re, contro il comm. Biagio Ginnari, che nel dicembre dell'anno scorso era stato laureato in medicina e chirurgia. Sembra che tale laurea sia stata concessa senza avere sostenuto molti degli esami prescritti.

Il comm. Ginnari ha 44 anni ed è molto noto a Napoli, specialmente negli ambienti artistici e letterari. È laureato in legge e si inscrisse in medicina allo scopo di completare ed estendere la sua coltura.

Una legge contro i poppatoi.

Il Parlamento francese aveva nominato una Commissione d'Igiene per lo studio di un progetto di legge presentato dal deputato Pinard contro i poppatoi. Ora si sa che la Commissione mantiene intatto il progetto e ne chiede la conversione in legge. Si compone di due articoli coi quali s'interdice la fabbricazione e l'importazione e vendita di ogni oggetto che abbia scopo di dare al bambino l'illusione del succhiamento della mammella e si dà ai tribunali la facoltà di confiscare tali oggetti in contravvenzione.

Per il Brefotrofio di Forlì.

A sopperire l'insufficienza dei brefotrofi sparsi nella provincia che mal reggono al loro compito, per quanto beneficati e benevolmente curati dalla filantropia di lodevolissime istituzioni, ed assecondando i concetti informatori del recente decreto sull'infanzia illegittima, la Commissione Reale che regge l'Amministrazione della Provincia ha vantaggiosamente profittato della liberalità del prof. cav. uff. Sante Solieri, chirurgo primario nell'ospedale G. B. Morgagni di Forlì, il quale cedette, con un abbuono di oltre lire cinquantamila sul prezzo di stima, un terreno di sua proprietà su cui sorgerà il nuovo Brefotrofio.

L'atto munifico dell'illustre chirurgo, che ha riscosso l'unanime plauso, valga a stimolare la beneficenza di quanti, fra Enti, Istituti di Credito, e privati vorranno seguirne il nobile esempio.

Una lega contro il pericolo venereo.

Poichè in Francia esiste e funziona una «Unione internazionale contro il pericolo venereo» di cui fu nominato, or non è molto, vice-presidente il prof. Levi, questi intende mantenere all'Italia la possibilità di intervenire in questa grande e benefica crociata, e insieme al prof. Montesano, presidente dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani, ha iniziato la propaganda per costituire anche fra noi una Associazione per la lotta contro le malattie veneree. Alla iniziativa si associano le due grandi Società nazionali specializzate nello studio di tali morbi.

Borsa di studio per ricerche sulla radioattività.

La Società «Gazzoni» di Bologna ha istituito una «Borsa di studio» dell'ammontare di seimila franchi annui per quel giovane chimico o fisico italiano che si recherà nel Laboratorio «Curie» di Parigi a fare ricerche sulla radioattività. Tale istituzione avrà la durata di dieci anni. La signora Curie ha vivamente ringraziato il sig. Gazzoni per tale istituzione che sarà di notevole incremento agli studi sugli effetti benefici del radio.

Il XX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

Avrà luogo a Bologna: Archiginnasio, Piazza Galvani, 1, nei giorni 8, 9, 10 ottobre 1923. Tema posto in discussione: «Le piemie otitiche». Relatori: proff. Federici e Torrini.

Per comunicazioni e informazioni rivolgersi al Segretario del Comitato Ordinatore dott. Alberto Fabbri, via Santa, n. 2 - Bologna (24)

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 2 giu. — J. POYNTON. La prevenzione delle cardiopatie.

Paris Méd., 2 giu. — Numero sulle mal. infett. (ittero tifo-paratifico, nefrite tifoide, pneumococciemie, reaz. di Schick, ecc.).

Edinb. Med. Journ., giu. — H. J. C. GIBSON. Osteogenesi imperfetta in due generazioni.

Patholog., 1 giu. — B. POLETTINI. Cancro sperimentale da catrame.

Riforma Med., 4 giu. — Cirrosi ipertrofica con ittero in fratelli.

Amer. Journ. Obst. a. Gynec., mag. — H. BAILEY e H. J. BAGG. Effetto dell'irradiazione sullo sviluppo fetale. — J. O. POLAK. Travaglio «secco». — W. S. BAINBRIDGE. Trapianti di ovaie umane.

Wien. Klin. Wochens., 31 mag. — O. WELTMANN. Il problema dell'urobilina.

Mediz. Klinik, 3 giu. — G. ROSENBURG. Diagnosi differenziale dell'osteomielite.

Münch. Mediz. Wochens., 1 giu. — F. SAUERBRUCH. Trattamento delle malattie polmonari con la paralisi artific., del diaframma. — W. FRAMM. L'esame funzionale del fegato con la prova emoclasica di Widal.

Journ. d. Prat., 26 mag. — MILIAN. Forme cliniche, diagnosi e trattamento dell'ulcera molle.

Journ. Trop. Med. a Hyg., 15 mag. — L. W. SAMBON. Pasteur e la sua opera considerata storicamente.

Presse Méd., 26 mag. — P. RAVAUT. Sifilide ereditaria e sensibilizzazione.

An. Depart. Nac. de Higiene, Buenos Aires, sett.-dic. 22. — M. V. CARBONELL e A. ZWANCK. Profilassi della idatidosi.

Journal Amer. Med. Assoc., 26 mag. — W. F. LORENZ e a. Il triparsamid nella neurosifilide. — E. W. HIRSCH e A. J. PETERSEN. Il sangue nella roentgenterapia profonda.

Arch. di Patol. e Clin. Med., mar. — G. VIOLA. La clinica come scienza dell'individuale e sua posizione nella gerarchia delle scienze.

Minerva Med., 15 apr. — P. PIETRA. Le due bilirubine nel siero di s.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., apr. — S. E. JELLIFFE. Mneme, engram e inconscio di R. Semon. — A. GORDON. Dolori lombo-sacrali e sacralizzazione della V vert. lomb.

Il Manicomio, 3. — G. VENTRA. Patogenesi endocrina della corea del Sydenham. — C. MANNINI. Psicologia degli stati di dubbio. — G. VIDONI. Prostituzione maschile.

Revue de la Tuberc., 1. — EM. SERGENT. e H. DURAN. Tubercolosi acuta del faringe. — CHÉTIEN, GERMAIN e RAYMOND. Anatomia pat. della tbc. aviaria.

Folia Med., 15 apr. — I. MENNITI. Cutireazione e sinforeazione con disintegrati di organi negli epilettici.

Medic. Ibera, 14 apr. — D. E. F. FERNÁNDEZ SANZ. Psichiatria e medicina psicologica.

Lancet, 21 apr. — J. L. BERKLEY. Psicologia del coraggio. — A. H. DREW. Coltivazioni di tumori *in vitro*. — C. S. LANE. L'articolazione sacroiliaca.

Deutsche Med. Wochens., 20 apr. — R. MAGNUS. Il compito dei peduncoli cerebrali nel tono muscolare e sulla stazione del corpo. — S. MEYER. La scarlattina come fenomeno anafilattico.

Mediz. Klinik, 22 apr. — L. WAELSCH. Sulla contagiosità del condiloma acuminato. — C. GÜTIG. Epicondilite.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 3 settembre 1923 — Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Sulla termoprecipitoreazione Wiget-Ascoli nella diagnosi di tubercolosi renale.

Dott. VINCENZO JURA, assistente.

La termoprecipitoreazione Wiget-Ascoli diede nuovo impulso alla scoperta del Krauss, ponendola su nuove basi, che misero sempre più in rilievo la specificità della reazione e la resero praticamente utile, meglio adattandola alla ricerca di sostanze microbiche specifiche nell'organismo infetto.

Il principio delle termoprecipitine è quello delle precipitine in genere: si diede il voluto risalto agli elementi specifici, ricorrendo a sieri precipitanti ad azione istantanea, alla reazione zonale, alla limitazione del tempo di reazione.

Però il vero carattere differenziale che contradistingue la termoprecipitoreazione Ascoli è la resistenza dei precipitogeni batterici al calore, utilizzando per la loro estrazione la bollitura.

Servendo la reazione della precipitina alla ricerca del protoplasma microbico ovunque esso sia, la preparazione degli estratti contenenti eventualmente precipitogeni omologhi al siero, precipitante può essere applicata non solo nelle più svariate forme infettive, ma per qualunque materiale, nel quale si sia annidato l'agente etiologico della infezione. Si ebbero così ottimi risultati per la diagnosi del carbonchio, delle infezioni paratifiche, dell'intossicazione da carne, della infezione melitense, della peste, della morva, del mal rosso dei suini, della infezione pneumococcica.

Fagiuoli, Civalleri e Fornero, adattando una tecnica troppo complicata, la quale richiede impianti non comuni da laboratorio e cagiona una notevole perdita di tempo, resero poco pratiche le loro prove nella ricerca dei precipitogeni del bacillo di Koch in varii prodotti di lesioni tubercolari o organi tubercolosi. I metodi di ricerche del precipitogeno, suggeriti da essi, anche come indagine di carattere prettamente scientifico non danno un rendimento diagnostico sicuro da farli preferire ad altri

più sicuri nel campo stesso della immundiagnosi e biologia.

Con maggiore fortuna Wiget riuscì ad applicare la ricerca dei termoprecipitogeni tubercolari nelle urine provenienti da reni affetti da lesioni specifiche, impiegandola come mezzo di diagnosi per la tubercolosi renale.

La prova del Wiget è basata su principii ormai indiscussi, poichè incontrastata è la grande specificità delle precipitine sia batteriche che di altra natura verso l'equivalente antigene o precipitogeno derivante dalla cellula batterica. L'A. ottenne una reazione evidente e rapida con estratto di urine sedimentate senza alcun artificio e ripetendo la tecnica della prova Ascoli, mette in contatto detto estratto di sedimento con siero precipitante specifico per la tubercolosi. Per la preparazione dell'estratto fa bollire sedimento ed urina in parti uguali per due o tre minuti; lascia raffreddare completamente e poi, filtrando il tutto con comune carta da filtro doppia o tripla, secondo i bisogni, cerca di ottenere un filtrato completamente limpido.

Il siero precipitante gli fu fornito dall'Istituto Serum di Milano.

Di somma importanza naturalmente è che siero precipitante ed estratto siano perfettamente limpidi: si forma sulla superficie di contatto del siero con l'estratto un alone che ha l'aspetto di una fine pellicola biancastra, lattescente.

La reazione secondo Wiget è positiva quando compare al più presto dopo 5 o 10 minuti primi, e al più tardi dopo 20; l'anello si fa sempre più evidente fino a raggiungere l'optimum dopo 20-30 minuti primi. In tale stato perdura due o tre ore, poi va allargandosi, perdendo di intensità e dopo 12 o più ore il siero è intorbidato per gravità. Se la densità dell'estratto è alta per cui in contatto con esso il siero non restasse separato, è indispensabile diluire il filtrato di urine e sedimento con soluzione fisiologica in parti uguali o meno. La lettura va fatta a luce incidente e può essere falsata soltanto dalla presenza di fosfati nelle urine. Però quando il disco lattescente dipende dalla presenza di fosfati, esso si rivela appena l'urina giunge in contatto col siero precipitante, mentre l'alone specifico nei casi di tubercolosi renale compare soltanto dopo 10', 15', al minimo dopo 5': è questo il carattere più importante della reazione.

Tale periodo di tempo minimo è dovuto alla scarsezza degli antigeni presenti nel filtrato, mentre nella reazione Ascoli per il carbonchio l'alone compare istantaneamente, per una maggiore quantità di precipitogeni presenti nel filtrato dei prodotti patologici.

Wiget esperimentò su 26 casi: di essi in 16 la ricerca del bacillo di Koch nell'urina era stata positiva e positiva fu la termoprecipitoreazione. Degli altri 9 casi, nei quali la reazione era negativa, in due si trattava di pionefrosi tubercolari chiuse, negli altri 7 casi si trattava di affezioni non tubercolari delle vie urinarie. Altrettanto negative riuscirono le prove su urine di individui affetti da tubercolosi di altri organi senza lesioni specifiche dei reni. La reazione fu positiva anche in urine provenienti da reni tubercolari, e lasciate putrefare per tre mesi.

Ad accertare i punti che nella reazione potevano apparire incerti, istituii fin da principio diversi gruppi di numerose prove:

a) Innanzi tutto controllai la prova in urine di individui sicuramente o probabilmente affetti da tubercolosi renale. Tra questi in qualcuno che ebbe lesioni vescicali specifiche residuali persistenti intense dopo la nefrectomia, rifeci la prova sul sedimento delle urine ancora piuriche.

b) Istituii ricerche analoghe su sedimenti di urine appartenenti ad ammalati affetti da lesioni polmonari tubercolari avanzate con nefrite e senza batteriuria.

c) Provai su ammalati di affezioni non tubercolari delle vie urinarie e nei quali vi fosse piuria (calcolosi, pionefrosi, pieliti, ecc.).

d) Feci anche prove su urine di individui non affetti da alcuna malattia delle vie urinarie e con urine senza alcun sedimento.

In principio usai la tecnica suggerita dal Wiget nei suoi dettagli; soltanto per maggior rigore di tecnica e per più sicuro rendimento diagnostico riposi in termostato a 37°, le provette contenenti estratti e sieri, dopo che mi ero assicurato che il disco fosfaturico non fosse già scomparso.

Avevo cura che l'estratto prima della filtrazione fosse ben raffreddato a che più facile fosse ottenerlo limpido per la prova. Praticata perciò la filtrazione con le comuni carte da filtro in più strati ho ripetuto tale filtrazione numerose volte fino a che l'estratto non fosse limpido. Gli intorbidamenti da eccessi di albumina presenti mi riuscì vincere praticando la filtrazione a bassissima temperatura (in ghiacciaia). Altri intorbidamenti potei qualche volta superare con la filtrazione per mezzo di limatura di carta da filtro con polvere di candele Berkefeld, e quando tali mezzi non furono sufficienti ricorsi a centrifugazione prolungatissima. È indispensabile assolutamente che l'estratto e il siero precipitante

siano limpidi, *essendo fallace e di nessun affidamento* la prova *su materiale non limpido* (1).

Con tali accorgimenti e ripieghi tecnici sempre mi riuscì di ottenere filtrati assolutamente limpidi ed in un solo caso di tubercolosi renale con rene mastice non mi riuscì poter compiere la reazione in parola perchè non ottenni l'estratto limpido sufficientemente.

La presenza di fosfati frequenti nelle urine dei tubercolosi, costituì per me il maggior fastidio alla reazione, poichè l'anello, che si forma in tali condizioni è l'unica causa di errore nella reazone in parola. A ciò si deve certamente qualche errore di risultato delle termoprecipitoreazioni nei casi di cui segue l'illustrazione.

Perciò costantemente dal novembre 1921 in 34 casi io ho usato di sospendere il sedimento sempre oltre che nell'urine anche in volume doppio o triplo di soluzione fisiologica. Anzi, quando i fosfati erano abbondantissimi, il sedimento raccolto fu lavato in soluzione fisiologica e separato nuovamente con centrifugazione.

Essendomi ugualmente risultato ottimo e rispondente tale modo di sospensione del sedimento in saggio, integro restando il tempo di ebollizione per l'estrazione del precipitogeno, non diedi mai più responso positivo, se la prova non riusciva anche positiva con la sospensione in soluzione fisiologica di cloruro di sodio 0.85 %.

Aggiunsi dippiù come controllo costante nella reazione un campione di urina filtrata, ed assoggettata al calore, appartenente al medesimo individuo, e, mettendolo in contatto del siero precipitante adoperato, avevo la sicurezza che l'urina non mentisse la precipitazione con intorbidamento da sali minerali.

Una volta tanto o sempre quando il siero usato non era provato da molto tempo, aggiunsi un controllo di sedimento urinario certamente tubercoloso per assicurarmi che l'azione del siero precipitante non fosse attutita o scomparsa.

Aggiunsi dippiù costantemente un controllo con siero normale di uomo o di bestia per garantirmi che l'estratto ottenuto non fosse normalmente precipitante con i sieri.

Diedi quindi responso positivo quando la reazione riuscendo positiva nei tubi con estratti di sedimento sospeso in urina e sedimento sospeso in soluzione fisiologica, riuscisse negativo nei tubi contenenti urina senza sedimento e siero precipitante, estratto di sedimento e siero normale e quando riuscì anche positiva la prova con estratto di sedimento certamente tubercoloso e siero precipitante.

La serie dei tubi veniva messa in termostato a 37°, e ritirato ogni 4-5 minuti per l'osservazione, fatta rapidamente, a luce incidente, e preferibilmente a luce diffusa solare.

Il siero fu sempre ritirato dall'Istituto Serum di Milano.

I Gruppo. Serie *a*).

Sedimento sospeso in urina.

Caso I. — O. A., anni 24, sarta. Dolore alla minzione; pollachiuria, piuria. Polo inferiore del rene sinistro dolente. Cistoscopia: fungosità e chiazze emorragiche che nascondono l'orifizio ureterale sinistro. Urine torbide: sedimento discreto. Ricerca del bacillo di Koch negativa. Termoprecipitoreazione Wiget positiva dopo 15' (+ +).

Diagnosi clinica ed operatoria: (nefrectomia sinistra) tubercolosi rene sinistro.

Reperto anatomo-patologico: Caverne tubercolari sul polo inferiore e tubercoli miliari sulla superficie esterna, uretere ispessito.

Caso II. — N. P. di anni 35, casalinga. Dolore alla minzione; raramente ematuria, pollachiuria intensissima. Rene destro leggermente dolente alla palpazione. Punto costolombare e para-ombelicale a destra dolenti. Urine torbide: sedimento abbondantissimo. Cistoscopia: vescica capace di 100 cc. (ridotta in tali condizioni da cure opportune perchè prima non era capace che di 50 cc.); ulcerazioni multiple allo sbocco dell'uretere destro; vescica iperemica e con ulcerazioni sul trigono. Ricerca del bacillo di Koch: positiva; termoprecipito-reazione Wiget: positiva dopo 10' (+ + +).

Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi del rene destro. Reperto anatomo-patologico: numerose caverne tubercolari, tubercoli disseminati nella corticale e nella midollare. Perdurando i disturbi cistitici si ripete la Wiget dopo un mese dalla nefrectomia: urine discretamente torbide con buon sedimento, Wiget positiva dopo 15'.

Caso III. — G. D., di anni 43, muratore. Affetto da ascesso del lobo inferiore del polmone sinistro. Pollachiuria intensa, dolore al fianco sinistro tumefazione a carico del rene sinistro, dolente alla palpazione; punto costolombare e dell'uretere a sinistra dolenti. Epididimite tubercolare bilaterale. Vescichetta seminale sinistra ipertrofica. Urine torbide: sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch nel sedimento: positiva. Termoprecipitoreazione Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi del rene sinistro.

(1) Gli intorbidamenti del siero non sono dovuti sempre ad inquinamenti, anzi il più delle volte a sostanze grasse, le quali precipitano a temperatura ordinaria. Basta una brevissima centrifugazione a ridare la limpidezza ed il siero è ancora utilizzabile a meno che non si sia indebolito il suo potere precipitante.

CASO IV. — G. L., di anni 25, casalinga. Dolori al fianco destro da due mesi, pollachiuria, piuria, anoressia, astenia. Rene sinistro aumentato di volume e dolente. Cistoscopia: meato ureterale sinistro tumido ed iperemico; con il cateterismo dell'uretere sinistro si hanno urine torbide. Urine totali torbidissime: sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch positiva. Reazione di Wiget: positiva dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia a sinistra): tubercolosi renale. Reperto anatomo-patologico: caverne tubercolari al polo inferiore. Uretere ispessito.

CASO V. — V. L., di anni 20, commerciante. Pollachiuria e piuria da tre mesi: frequenti ematurie; dolore al fianco destro. Radioscopia: *riduzione di luminosità a carico del torace sinistro*. Urine torbide: sedimento abbondante. Cistoscopia: la mucosa intorno alla papilla ureterale destra appare arrossata a chiazze. Bacillo di Koch presente nelle urine. Reazione Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Inoculazione del sedimento alla cavia: positiva per la tubercolosi (muore dopo 35 giorni). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi rene destro (caverna al polo inferiore ripiena di sostanza caseosa).

CASO VI. — M. E., di anni 37, sarto. Epididimite tubercolare nel 1918. Da 10 mesi dolore alla regione lombare destra, con irradiazione alla coscia ed al testicolo del medesimo lato. 20 maggio 1921, *E. O.*: palpasi il polo inferiore del rene destro ingrossato e dolente. Urina torbida: sedimento abbondante. Cistoscopia: fra le due papille ureterali si vedono alcuni punticini bianco-grigiastri.

Ricerca del bacillo di Koch nelle urine: positiva. Termoprecipitoreazione Wiget con estratto di sedimento sospeso in urina: positiva dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia a destra): tubercolosi del rene destro. Reperto anatomo-patologico: caverne nella sostanza midollare renale contenenti sostanza caseosa. Uretere ispessito.

CASO VII. — P. I., di anni 28, casalinga. Tubercolosi polmonare con caverne biapicali.

Tumefazione del rene destro, pollachiuria piuria. Punti costo-lombare e ureterico sup. a destra dolenti. Bacilli di Koch presenti nelle urine. Urine torbide: discreto sedimento. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare bilaterale e del rene destro.

CASO VIII. — C. M., di anni 39, maritata. L'8 marzo 1920 nefrectomizzata a sinistra per tubercolosi renale. Piuria intensa; raramente ematuria; pollachiuria; urine torbide, sedimento abbondantissimo. Bacillo di Koch nel sedimente delle urine presente. Reazione di Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi renale destra.

CASO IX. — P. D., di anni 25. Da 8 anni pollachiuria dolorosa; ogni 5 o 6 giorni ematuria. Polo inferiore renale destro dolente al punto para-ombelicale. Dolente punto ureterico infer. destro. Rene sinistro aumentato di volume e dolente. Cistoscopia: vescica poco contenente. Ulcerazioni vicino all'orifizio ureterale sinistro. Orifizio ureterale destro normale. Urine torbide: sedimento abbondante. Bacillo di Koch presente nel sedimento. Reazione di Wiget: positiva. Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia sinistra): tubercolosi renale sinistra. Reperto anatomo-patologico: caverne tubercolari sul polo inferiore del rene, uretere ispessito.

CASO X. — F. A., di anni 48. Difficoltà di minzione, diminuzione di urine nel maggio, giugno scorso. Nell'agosto s. a. malessere, febbre, urine torbide, rosso-scure. 10 settembre 1921, *E. O.*: rene destro aumentato di volume, dolente alla pressione; dolente il punto costo-lombare, il punto costo-vertebrale dello stesso lato. Cutireazione negativa, bacillo di Koch nel sedimento delle urine assente. Dalla fine di settembre ipertermia piuttosto accentuata. 30 settembre: sedimento urine discreto; 4 ottobre: elevazione termica 39°, brivido; 5 ottobre: sedimento abbondante; 9 ottobre: sedimento abbondantissimo (1/3 dell'urina totale). 17 ottobre: cistoscopia: vescica distensibile: leggermente iperemica. Orifizio ureterale destro con due piccole prominenze laterali; da esso fuoriesce pus denso icoroso. Diagnosi clinica: pielite.

2 ottobre: sedimento urine: discreto: Wiget positiva dopo 10' (+ + +).

5 ottobre: sedimento discreto 10 cc. Wiget positiva dopo 10' (+ + +).

16 ottobre: sedimento abbondantissimo 200 cc. su 500 di urina totale. Wiget positiva dopo 15' minuti (+ +).

18 ottobre: nefrectomia destra; rene aumentato di volume; sulla superficie esterna numerosi tubercoli miliari. Il polo inferiore del rene è fortemente infiltrato di pus icoroso fino alla capsula renale. Reperto anatomo-patologico: Pelvi fortemente ripiena di pus fetido, da infiammazione acuta. La sostanza midollare renale è invasa da numerosi ascessi a caverna le cui pareti sono fortemente iperemiche, e che invadono appena la zona corticale renale. Nella sostanza corticale numerosi ascessi miliari, di cui alcuni con alone iperemico; altri, i più piccoli, senza alone e contenenti questi sostanza caseosa, mentre gli altri sostanza puriforme più fluida.

Esame istologico di alcuni pezzi contenenti dei noduli miliari verso la superficie esterna del rene: nel tessuto interstiziale numerosi tubercoli disseminati; vi si riconoscono qua e là delle cellule giganti, in altri punti ammassi di sostanza caseosa circondata da zona reattiva ad infiltrazione infiammatoria, nella quale si trovano a volte delle cellule giganti.

CASO XI. — V. G., di anni 44. Sei anni fa peritonite cronica; ottobre 1919 dolore alla minzione, ematuria ripetutasi nel maggio 1920 questa volta però non accompagnata da dolori. Nel gennaio 1921 nuovamente ematuria; epididimite destra ad andamento cronico (tubercolare); nel maggio 1921 pollachiuria e piuria intensa continuatasi successivamente con dolori vescicali e febbre nell'agosto. In questi ultimi tempi epididimite tubercolare a sinistra. Esame obiettivo: Rene destro aumenta-

to di volume, dolente. Punto costo-lombare di destra doloroso. Urina fortemente torbida: sedimento abbondantissimo. Ricerca dei bacilli di Koch nelle orine positiva. Reazione di Wiget positiva. Cistoscopia: ulcerazioni multiple nella metà destra della vescica, specie in corrispondenza del trigono ed intorno allo sbocco ureterale destro. Diagnosi clinica: tubercolosi renale; epididimite tubercolare bilaterale.

SERIE B). *Sospensione del sedimento in urina ed in soluzione fisiologica* (Nacl 0.85 %).

CASO XII. — M. A., di anni 28, maritata, casalinga. Sorella morta per tubercolosi a 18 anni. La paziente a 18 anni ebbe adeniti tubercolari latero cervicali a destra. Un anno fa durante l'ultima gravidanza dolori al fianco sinistro, minzioni frequenti accompagnate da bruciore, accentuatesi dopo il parto, a seguito del quale a volte le orine presentarono ematurie terminali; negli ultimi mesi pollachiuria intensa.

20 novembre 1921, *E. O.*: Punto ureterico superiore e punto costo vertebrale dolente a sinistra. Aumento di volume del polo inferiore del rene sinistro, dolente. Riduzione di luminosità apicale e sottoapicale a sinistra. Urine torbide: sedimento abbondante. Ricerche del bacillo di Koch nelle urine e nell'espettorato positive. Wiget posit. dopo 10' (+ + +). Cistoscopia: esulcerazioni multiple nel trigono; due ulcerazioni a margini irregolari sottominati con fondo roseo-pallido intorno al meato di sinistra. Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare a sinistra e renale sinistra. Durante la degenza in clinica dà sintomi di meningite, e perciò è trasferita in reparto neuropatologico, dove l'ammalata viene a morte, senza che si possa procedere a necroscopia.

CASO XIII. — B. A. di anni 20, celibe, meccanico. Madre morta per tubercolosi polmonare. Nel dicembre 1920 ematuria terminale; successivamente pollachiuria, piuria, minzioni dolorose; in seguito lieve miglioramento nei disturbi, ma la piuria persiste. Da sei mesi dolori al testicolo sinistro; suo progressivo e lento aumento di volume fino all'apertura spontanea di un ascesso dopo un mese e mezzo. Da due mesi dolori alla regione lombare destra; a lunghi intervalli e per breve durata febbre a 38°.

20 marzo 1922, *E. O.*: Epididimo sinistro ingrossato: da esso partono 4 seni fistolosi che si aprono sull'emiscroto sinistro; lieve aumento di volume dell'epididimo destro.

Rene destro aumentato di volume specie nel suo polo inferiore, alquanto dolente. Esame cistoscopico: ulcerazioni multiple sul trigono ed edema bolloso. Intorno al meato destro due ulcerazioni, a margini irregolari sottominati. Urine fortemente torbide, acide abatteriche, sedimento abbondante, bacillo di Koch presente nelle urine da esperimento. Wiget positiva dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi renale d. Reperto anatomo-patologico: sul polo inferiore numerose caverne tubercolari.

CASO XIV. — D'O. C., di anni 17, nubile, contadina. Da un anno minzioni frequenti, dolorose; saltuariamente ematuria, piuria costante, resasi più intensa col progredire dei disturbi. Lieve miglioramento con cure opportune. In seguito nuova accentuazione dei disturbi descritti.

28 febbraio 1922: riduzione di suono all'apice destro. Rene destro con polo superiore notevolmente aumentato di volume (quanto un pugno), a superficie liscia, dolente. Cistoscopia: numerose ulcerazioni a margini irregolari sparse nelle due metà della vescica ma prevalenti a destra intorno allo sbocco ureterale. Urine torbide, acide, sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch nelle urine positiva. Wiget positiva dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi renale destra.

Reperto anat.-pat.: numerosi noduli disseminati sulla superficie esterna del rene; sul polo inferiore caverna a contenuto di sostanza caseificata; uretere ispessito. Nel decorso post-operatorio l'ammalata va peggiorando, cadendo in uremia (azotemia 3 ‰). Muore il 3 giugno 1922: rene sinistro con numerose e piccole caverne tubercolari sul polo inferiore.

CASO XV. — C. U., di anni 21, celibe, impiegato. Pleurite a 11 anni; tifo nel febbraio 1921 e successivamente periodo febbrile da tre a quattro mesi. Dopo intervallo di perfetto benessere di circa un mese minzioni dolorose, poliuria, piuria. Nel novembre dello stesso anno nuove elevazioni termiche, dolore al fianco sinistro con irradiazioni al testicolo; accentuazione della piuria.

18 gennaio 1922: rantoli agli apici polmonari. Fianco sinistro con pareti contratte, tanto da non poter avere la percezione del rene perchè tutta la loggia renale è intensamente dolente. Rene destro leggermente aumentato di volume, alquanto dolente. Widal per il bacillo di Eberth negativa; leucocitosi 13,000, urina acida, torbida, sedimento abbondantissimo, ricerca del bacillo di Koch negativa; germi piogeni assenti nel sedimento urinario. Wiget positiva dopo 10' (+ + +. La cavia, che subì iniezioni in peritoneo di sedimento dell'urina dell'ammalato, morì dopo 40 giorni per tubercolosi. Esame cistoscopico: vescica poco contenibile (70 cc.); esulcerazioni diffuse specie nella metà sin. intorno al meato sin. Cateterismo dell'uretere sinistro: urine fortemente purulenti. Azotemia 0.50 ‰. Le condizioni generali dell'ammalato vanno peggiorando. Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare e renale sinistra. Operazione: lombotomia sin.: nella loggia perirenale vasta sacca puriforme che si continua in pieno spessore della sostanza renale, drenaggio del cavo. Condizioni generali progressivamente peggioranti. Muore il 1° maggio 1922. Necroscopia non consentita.

CASO XVI. — S. T., di anni 22, casalinga. Dieci mesi innanzi espletò gravidanza a termine. Da tre mesi bruciore nella urinazione e piuria. Obiettivamente nulla di notevole. 15 giugno 1922, cistoscopia: ulcerazioni vescicali specie nella metà sinistra intorno al meato ureterale, a margini irregolari, a fondo roseo pallido. Col cateterismo dell'uretere si ricavano urine fortemente piuriche, acide, contenenti bacilli di Koch. Reazione generale al-

la tubercolina positiva con mezzo milligrammo (38.5°). Lieve reazione locale nella loggia renale sinistra. Wiget posit. dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia sinistra): tubercolosi renale sinistra. Reperto anatomo-patologico: tubercoli disseminati sulla superficie esterna del polo superiore in corrispondenza del quale tra sostanza corticale e midollare caverne tubercolari che si aprono nella pelvi alquanto dilatata; uretere ispessito.

CASO XVII. — S. N. M., di anni 38, maritata, casalinga. Nefrectomizzata a sinistra per tubercolosi renale nel 1903. Da due anni bruciore all'urinazione, pollachiuria, piuria, qualche volta ematuria. 25 febbraio 1922: alquanto dolente la regione renale destra nella quale si palpa il polo inferiore del rene indistintamente, ma appare alquanto aumentato di volume. Esame cistoscopico: intorno al meato destro due ulcerazioni a margini sfrangiati, edema bolloso sul trigono, urine torbide, acide: sedimento discreto. Ricerca del bacillo di Koch positiva. Wiget posit. dopo 15' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi renale destra. Cure generali: istillazioni di olio gomenolo in vescica.

CASO XVIII. — P. A., di anni 24, celibe, commesso. Dal giugno 1918 al dicembre dello stesso anno orchioepididimite tubercolare fistolizzata a destra e successivamente guarita. Dall'ottobre 1921 dolore alla minzione, pollachiuria sempre più accentuantesi, piuria. Negli ultimi giorni febbre.

4 novembre 1922, *E. O.*: cicatrici multiple all'emiscroto destro; sull'epididimo corrispondente nodulo quanto un'avellana duro fibroso. Deferente ispessito con qualche nodulo. Intensa difesa addominale nella regione lombare, senza che si possano palpare perciò i reni; dolenti i punti ureterici superiori di ambo i lati. Non possibile la cistoscopia per capacità vescicale ridottissima (60 cc.). Urina acida, fortemente torbida; sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch positiva. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi renale. Operazione: lombotomia esplorativa bilaterale; nefrectomia sinistra. Reperto anatomo-patologico: numerose cavità caseificate sul polo inferiore e metà inferiore, uretere fortemente ispessito, decorso post-operatorio ottimo.

CASO XIX. — C. M., di anni 20, nubile, casalinga. Dal 1918 tubercolosi polmonare. Saltuariamente dolori al fianco destro dall'ottobre 1921. Dall'agosto 1922 piuria, successivamente pollachiuria ed ematuria, man mano accentuantesi.

10 novembre 1922, *E. O.*: oltre le lesioni specifiche polmonari diffuse ad ambo i lati ancora in atto, si osserva il rene destro aumentato di volume dolente, punto ureterico superiore dolente. Urine fortemente torbide, sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch nelle urine e nell'espettorato positiva. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare bilaterale e renale a destra.

CASO XX. — B. E., di anni 15, nubile, sarta. Da due mesi tubercolosi polmonare miliare. Da circa un mese bruciore nella urinazione, piuria, negli ultimi giorni ematuria pollachiuria.

18 novembre 1923, *E. O.*: oltre il reperto di numerose e vaste lesioni polmonari bilaterali il rene destro si presenta aumentato di volume, dolente; dolenti i punti ureterici superiori ed inferiori a destra. Cistoscopia: intorno al meato ureterale destro numerose ulcerazioni riunite a gruppi di due o tre, con margini sfrangiati, di colorito giallastro, labbra del meato edematose. Urine acide, torbide; sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato e nelle urine positiva. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare bilaterale e renale destra.

CASO XXI. — B. I., di anni 32, maritata, casalinga. Luetica a 24 anni fece cura completa. Successivamente infezione gonococcica. Da sei mesi piuria, pollachiuria.

8 maggio 1922, *E. O.*: rene destro aumentato di volume, dolente. Dolorosi alla pressione i punti costo-vertebrali ed ureterici destri. Urine acide e fortemente torbide, con abbondante sedimento. Bacillo di Koch presente nel sedimento. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia: collo edematoso arrossato, edema bolloso sul trigono; sbocco ureterale destro crateriforme, circondato da ulcerazioni a margini irregolari. Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi renale a destra. Reperto anatomo-patologico: grossa caverna aperta sulla pelvi in corrispondenza del polo inferiore del rene: uretere ispessito.

CASO XXII. — F. P., di anni 29, ammogliato bracciante. Ha sofferto malaria 5 anni or sono. Da 5 mesi pollachiuria, minzione dolorosa, vieppiù aggravantesi, negli ultimi giorni, piuria, ematuria.

17 maggio 1922: Rene sinistro ingrossato, dolente. Punti ureterici medio ed inferiore a sinistra dolenti. Urine acide, abatteriche, abbondante sedimento (corpuscoli di pus ed emazie). Ricerca dei bacilli di Koch: negativa, Wiget: positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia impossibile per scarsissima capacità (50 cc.) e intolleranza vescicale. Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia): tubercolosi renale sinistra. Reperto anatomo-patologico: tubercoli disseminati sulla superficie esterna: caverne multiple prevalenti nella corticale ed aggruppate sul polo inferiore, di cui una si estende fino alla pelvi.

CASO XXIII. — M. L., di anni 63, maritata, casalinga. Da circa 10 anni pollachiuria, piuria; in questi ultimi anni si sono andate man mano accentuantisi, accompagnandosi a bruciore nella urinazione e qualche volta ematuria. Dolori al fianco destro.

25 luglio 1922, *E. O.*: regione renale dolente; indistintamente si riesce a percepire il rene negli atti inspiratori; dolente il punto costolombare di destra; urine torbide, sedimento abbondante, bacillo di Koch nelle urine presente, Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia: ulcerazione nella metà destra del trigono e intorno allo sbocco ureterale corrispondente con margini irregolari e sottominati.

Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia destra): tubercolosi rene destro. Reperto anatomo-patologico: rene piccolo in parte fibrosclerotico; due caverne grandi, contenenti abbondante sostanza caseosa in corrispondenza del polo inferiore e superiore.

CASO XXIV. — M. M., di anni 22, nubile, impiegata. Da un anno dolore alla regione lombare, dal marzo ultimo urinazione dolorosa, pollachiuria, piuria, ematuria. Negli ultimi due mesi si accentuò ematuria e pollachiuria.

10 ottobre 1922, *E. O.*: rene sinistro aumentato di volume nel suo polo inferiore, dolente. Punti costo-lombare, ureterici superiori e medio dolenti, urine torbide, acide; sedimento abbondantissimo. Ricerca del bacillo di Koch negativa. Wiget positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia: intorno al meato ureterale sinistro esulcerazioni multiple a margini sfrangiati sottominati. Cateterismo del rene sinistro: urine fortemente piuriche, cateterismo del rene destro: si ottiene orina limpida a buon contenuto ureico, 21,129 ‰. Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia a sinistra): tubercolosi renale sinistra. Reperto anatomo-patologico: tre a quattro caverne contenenti sostanza caseosa sul polo inferiore ed aperte nella pelvi. Uretere ispessito.

CASO XXV. — C. R., di anni 20, nubile, casalinga. Dal dicembre 1920 pleurite e tubercolosi polmonare a sinistra con emottisi intercorrenti. In questi ultimi tempi lesioni della medesima natura anche al polmone destro. Da circa un mese dolore alla regione lombare con irradiazioni epigastriche; bruciore alla minzione, pollachiuria, piuria.

20 gennaio 1922, *E. O.*: rene destro aumentato di volume, dolente; punti costo-vertebrale, ureterico superiore e medio dolenti a destra. Broncoalveolite apicale ed alla base polmonare di destra. Urine torbide, acide, sedimento discreto. Ricerca del bacillo di Koch positiva, Wiget: positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia: mucosa del trigono tumefatta, arrossata, ricoperta di noduli biancastri e di ulcerazioni multiple di varia grandezza, a margini irregolari e che mascherano quasi del tutto il meato destro. Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare bilaterale, tubercolosi renale destra.

CASO XXVI. — B. M., di anni 25, nubile, casalinga. Genitori con affezioni croniche polmonari accompagnate da emottisi. Dal luglio 1921 l'inferma ha sofferto affezioni polmonari tubercolari. Dopo qualche mese bruciore alla minzione, pollachiuria, piuria. Tali disturbi si andarono aggravando man mano sia a carico dell'apparato respiratorio che urinario.

11 agosto 1922, *E. O.*: broncoalveolite diffusa all'emitorace destro ed all'apice di sinistra. Rene destro aumentato di volume, alquanto dolente; punti costo-lombare, costo-vertebrale ureterico superiore e medio dolenti a destra. Urine torbide, acide con abbondante sedimento; ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato e nelle urine: positiva. Wiget: positiva dopo 10' (+ + +). Cistoscopia impossibile per ridotta capacità vescicale (60 cc.). Diagnosi clinica: tubercolosi polmonare bilaterale, tubercolosi renale destra.

CASO XXVII. — R. D., di anni 46, ammogliato, contadino. Nell'estate 1921 emicastrazione a destra per flogosi cronica del testicolo. Nel novembre dello stesso anno bruciore alla minzione, qualche volta ematuria; da sei mesi a tali sintomi si aggiunse pollachiuria, accentuatasi notevolmente negli ultimi giorni.

27 febbraio 1923, *E. O.*: sull'epididimo sinistro noduli multipli duro fibrosi poco dolenti; deferente dello stesso lato ispessito. Il rene sinistro si apprezza nel suo polo inferiore aumentato di volume, alquanto dolente. Cistoscopia: vescica poco contenente; cistite cronica sul trigono. Tra i due sbocchi ureterali vasta ulcerazione, a margini irregolari e frastagliati, sotto-minati, a fondo emorragico, a destra del meato sinistro altra ulcerazione analoga. Edema bolloso. Cromo-cistoscopia: si elimina l'indaco carminio dopo 6' a destra mentre a sinistra si vedono eliminare traccie minime insignificanti dopo molto tempo (20'). Urine torbide, acide, abatteriche, sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch nelle urine negativa. Wiget posit. dopo 10' (+ + +). Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia sinistra): tubercolosi del rene sinistro. Reperto anatomo-patologico: numerose caverne disseminate tra sostanza corticale e midollare, contenenti sostanza caseosa; uretere ispessito.

CASO XXVIII. — N. L., di anni 26, celibe, tipografo. A 24 anni influenza; a 25 anni blenorragia. Un mese e mezzo fa ematuria; seguirono dolori lombari vaghi con irradiazioni a cintura; lieve pollachiuria.

20 marzo 1923, *E. O.*: reni in limite e volume normale. Punti renali e ureterici indolenti. Cistoscopia: al di sopra ed all'intorno dello sbocco ureterale destro vaste ulcerazioni, a margini irregolari, sottominati con fondo superficiale e grigiastro; placche emorragiche in mezzo al trigono. Sbocco ureterale sinistro tumefatto, rigido. Cromo-cistoscopia: con l'indaco carminio eliminazione a destra dopo 3', a sinistra dopo 4'. Urine acide, torbide. Sedimento scarso, corpuscoli di pus ed emazie, non germi piogeni. Ricerca del bacillo di Koch nelle urine positiva. Wiget dubbia (compare dopo 20' una tenuissima pellicola che diviene poco più evidente verso la mezz'ora), e si riferisce che la lesione tubercolare esistente sarà minima ed inizialissima. Diagnosi clinica ed operatoria (nefrectomia sinistra): tubercolosi renale sinistra. Reperto anatomo-patologico: in corrispondenza del calice inferiore vi sono delle piccolissime granulazioni quanto una testa di grosso spillo, e che l'esame istologico dimostrò costituite di accumuli di linfociti con zone necrobiotiche centrali. Diagnosi anatomo-patologica: tubercolosi iniziale in corrispondenza della pelvi verso il polo inferiore del rene sinistro.

CASO XXIX. — Z. A., di anni 31, ammogliato, bracciante. Saltuariamente febbre e di natura non precisabile dall'infermo durante il servizio militare 1916-17 e divenute più costanti durante la prigionia 1918. Di poi perfetto benessere per circa due anni. Tre anni or sono dolori alla regione lombare sinistra con irradiazione alla gamba dello stesso lato, attenuatisi dopo una settimana di riposo. Dal

febbraio ultimo scorso nuovamente dolore ai lombi, febbre leggiera, tenesmo a fine di minzione, diminuzione della quantità giornaliera di urina emessa, piuria.

16 aprile 1923. *E. O.*: rene sinistro ingrossato nel suo polo inferiore, alquanto dolente. Il punto ureterico medio a sinistra è dolente. Cistoscopia: vescica ben continente, di aspetto normale; sbocco ureterale sinistro un po' arrossato, leggermente edematoso, alquanto rigido. Cromo-cistoscopia: eliminazione dell'indaco carminio dopo 3' a destra, dopo 5' a sinistra. Urine leggerissimamente torbide, sedimento scarsissimo, ricerca del bacillo di Koch negativa. Iniezione del sedimento in peritoneo di cavia, negativa per tubercolosi. Wiget: negativa. Reazione generale alla tubercolina (1 mm.) positiva (39°). Non reazione di focolaio. Diagnosi clinica non precisabile. Operazione: lombotomia esplorativa: sulla faccia anteriore del rene sul polo inferiore sacca a contenuto puriforme; vicino ad essa due cisti a contenuto chiaro. Nefrectomia a sinistra.

Reperto anatomo-patologico: la grossa sacca situata nel polo inferiore contiene sostanza bianco-cretacea, di consistenza pastosa. Le altre due raccolte cistiche contengono liquido sieroso. La prima e le altre sono isolate dalla pelvi e dal resto del rene, che appare normale. Uretere ispessito.

Diagnosi oper.: tubercolosi renale sinistra esclusa (rene mastice parziale).

Non credo che possa far parte di questo gruppo la seguente ammalata, nella quale la diagnosi è restata dubbia poichè non operata.

CASO XXX. — T. B., di anni 29, nubile, pittrice. 6 giugno 1921: dolori lombari a destra e soprapubici da circa tre mesi. *E. O.*: indolenti le regioni renali, lieve ipofonesi apicale destra con qualche rantolo a piccole bolle inspiratorio. Urine leggermente torbide, acide, con scarsissimo sedimento, nel quale si rinvengono emazie, leucociti ed alcuni cilindri granulosi ematici. Non germi piogeni. Bacilli acido-resistenti, assenti nell'espettorato, presenti nelle urine due volte e ad opera di due ricercatori. Wiget leggermente positiva dopo 20' (sospensione del sedimento in urina). Diagnosi clinica: non precisata. L'ammalata si rifiuta di sottoporsi a lombotomia esplorativa. Dopo due anni i disturbi non sono aumentati, anzi, ripetutisi ad intervalli di tre o quattro mesi di benessere, sono diminuiti di intensità e di durata.

II GRUPPO. *Ammalati affetti da tubercolosi polmonare e nefrite* (sospensione del sedimento in urina).

CASO XXXI. — I. A., di anni 25. Sedimento urine discreto. Wiget negativa

CASO XXXII. — B. E., di anni 22. Sedimento urine scarso. Wiget negativa.

CASO XXXIII. — P. C. di anni 28. Sedimento urine scarso. Wiget negativa.

CASO XXXIV. — B. A., di anni 27. Sedimento urine scarso. Wiget negativa.

CASO XXXV. — A. L., di anni 29. Sedimento urine discreto. Wiget negativa.

CASO XXXVI. — F. E., di anni 31. Sedimento urine abbondante. Wiget negativa.

CASO XXXVII. — M. A., di anni 31. Sedimento urine discreto. Wiget negativa.

CASO XXXVIII. — M. A., di anni 39. Sedimento urine discreto. Wiget negativa.

CASO XXXIX. — M. A., di anni 20. Sedimento urine scarso. Wiget negativa.

CASO XL. — D. A. di anni 73. Sedimento urine abbondante. Wiget negativa.

CASO XLI. — G. M., di anni 33. Sedimento urine abbondante. Wiget negativa.

CASO XLII. — B. G., di anni 42. Sedimento urine discreto. Wiget negativa.

III GRUPPO. *Ammalati affetti da calcolosi renale.*

SERIE *a*). Con sospensione del sedimento in urina.

CASO XLIII. — D. G. R., di anni 43. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi rene destro. Wiget negativa.

CASO XLIV. — G. O., di anni 21. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO XLV. — C. C., di anni 49. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO XLVI. — O. M., di anni 22. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO XLVII. — B. C. di anni 64. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi calcolosa destra. Wiget negativa.

CASO XLVIII. — T. G. B., di anni 45. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale destra. Wiget negativa.

CASO XLIX. — E. F., di anni 51. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi calcolosa sinistra. Wiget negativa.

CASO L. — P. E., di anni 32. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi rene destro. Wiget negativa.

CASO LI. — R. U., di anni 20. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi rene sinistro. Wiget negativa.

SERIE *b*). Con sospensione di sedimento in urina e in soluzione fisiologica.

CASO LII. — C. E., di anni 45. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi calcolosa destra. Wiget negativa.

CASO LIII. — S. A., di anni 28. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale bilaterale e ureterale sinistra. Wiget negativa.

CASO LIV. — S. F., di anni 49. Diagnosi clinica (senza operazione): pionefrosi calcolosa bilaterale. Wiget negativa.

CASO LV. — P. P., di anni 35. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO LVI. — T. C., di anni 50. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO LVII. — D. F. L., di anni 42. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale destra. Wiget negativa.

CASO LVIII. — M. A., di anni 38. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO LIX. — C. M., di anni 47. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi calcolosa a destra. Wiget negativa.

CASO LX. — S. D., di anni 38. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale sinistra. Wiget negativa.

CASO LXI. — S. S., di anni 44. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi calcolosa destra. Wiget negativa.

CASO LXII. — S. G., di anni 33. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi ureterale sinistra. Wiget negativa.

CASO LXIII. — L. C., di anni 28. Diagnosi clinica ed operatoria: calcolosi renale destra. Wiget negativa.

IV GRUPPO. VARII. (*Pieliti, pionefrosi, ematurie essenziali, rene policistico*).

SERIE *a*). Con sospensione del sedimento in urine.

CASO LXIV. — P. A., di anni 43. Diagnosi clinica ed operatoria: ptosi renale pielite a destra. Wiget negativa.

CASO LXV. — P. D., di anni 28. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi da infezione piogenica ascendente a sinistra. Wiget negativa.

CASO LXVI. — L. U., di anni 52. Diagnosi clinica ed operatoria: rene policistico a destra. Wiget negativa.

CASO LXVII. — C. A., di anni 18. Diagnosi clinica ed operatoria: tubercolosi renale destra. Diagnosi definitiva post-operatoria: ematuria essenziale. Wiget negativa.

CASO LXVIII. — V. I., di anni 26. Diagnosi clinica ed operatoria: pielite da infezione ascendente a destra. Wiget negativa.

CASO LXIX. — A. A., di anni 38. Diagnosi clinica ed operatoria: ptosi renale e pielite a sinistra. Wiget negativa.

CASO LXX. — P. T., di anni 37 casalinga. Da un anno dolori al fianco destro, pollachiuria, piuria.

10 ottobre 1921, *E. O.*: dolenti punto costolombare e il punto ureterico inferiore di destra. Cistoscopia: edema bolloso del trigono; ulcerazione a margini irregolari con fondo biancastro intorno al meato di destra, tumefatto. Urinc torbide, sedimento abbondante. Ricerca del bacillo di Koch negativa. Wiget positiva dopo 5'. Diagnosi clinica di probabilità: tubercolosi renale destra. Operazione: 10 novembre 1921: nefrectomia destra. Reperto anatomo-patologico: ascessi multipli disseminati tra sostanza corticale e midollare, comunicanti con la pelvi dilatata. Uretere non ispessito; non tubercoli sulla superficie esterna. Diagnosi operatoria: pionefrosi da infezione ascendente a destra.

SERIE *b*). Con sospensione in urina e soluzione fisiologica (Nacl 0.85 %).

CASO LXXI. — N. A., di anni 38. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi da infezione ascendente a sinistra. Wiget negativa.

CASO LXXII. — M. U., di anni 44. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi ematogena bilaterale. Wiget negativa.

CASO LXXIII. — S. M., di anni 41. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi sinistra da infezione piogenica ascendente. Wiget negat.

CASO LXXIV. — C. M., di anni 33. Diagnosi clinica ed operatoria: pionefrosi sinistra da infezione piogenica ascendente. Wiget negat.

V GRUPPO. (*Ammalati affetti da ernie inguinali, da idrocele, da varicocele, da lesioni gastriche non neoplastiche, senza lesioni concomitanti in organi dell'apparato circolatorio, respiratorio e urinario*).

Le prove furono praticate nelle urine di 20 ammalati e prive di sedimento, facendo bollire le urine raffreddandole e filtrandole. Tali urine così trattate, esaminate preventivamente chimicamente al completo, potendo escludere con certezza la presenza di eccesso di fosfati, urati, ecc., venivano messe in contatto del siero precipitante per l'albumina batterica del bacillo di Koch, usata in tutte le prove in parola. Non si ebbe mai reazione di Wiget positiva, nè tampoco intorbidamento di alcuna natura sotto forma di alone.

Dalla elencazione delle 94 prove eseguite risulta che il metodo di estrazione variò nei gruppi I-III-IV dal novembre 1921, sospendendo in 34 casi il sedimento in soluzione fisiologica oltre che in urina. In tale modo ottenni di poter eliminare le cause di errori dovute alla presenza di fosfati od altri sali minerali come nel caso LXX, nel quale il responso della reazione termoprecipitante per la tubercolosi fu fallace. Distinsi perciò nella descrizione degli ammalati facenti parte dei gruppi I. III, IV, una serie *a*) di prove compiute con la sospensione del sedimento in urina del medesimo individuo, ed una serie *b*), nella quale costantemente usai a fianco della sospensione di sedimenti in urina, quella in soluzione fisiologica, la quale con grande vantaggio ed affidamento costante mi diede risultati ottimi, mettendomi in condizione da eliminare le cause di errore da fosfati o altri sali minerali presenti nelle urine.

Riepigolando, i casi di tubercolosi renale nei quali ho provato finora la termoprecipitoreazione Wiget-Ascoli ammontano a 29. Di essi 19 furono controllati al tavolo operatorio, 10 non furono operati o perchè affetti contemporaneamente da tubercolosi polmonare o degli organi genitali, o perchè in gravissime condizioni, o perchè già nefrectomizzati all'altro lato. Ma in tutti questi ultimi la diagnosi era certissima per i sintomi clinici e perchè costantemente nelle urine di questi ammalati fu trovato il bacillo di Koch. Tra i 19 operati in 12 fu positiva la ricerca del bacillo di Koch nelle urine e la termoprecipito-reazione fu sempre positiva, negli altri 7 casi la ricerca del bacillo di Koch fu negativa. Degno di nota tra questi ultimi è quello

riportato al n. XXIX: in questo ammalato si rinvenne un focolaio di tubercolosi renale escluso, limitato al polo inferiore; la quantità del sedimento era scarsissima, le lesioni vescicali ridottissime e dubbie intorno al meato corrispondente al rene affetto, la prova biologica fu negativa; la sola reazione generale alla tubercolina era riuscita positiva, ma senza che si avesse reazione di focolaio. La funzione del rene stesso con la cromo-cistoscopia e con le prove chimiche non presentava grandi differenze dal rene dell'altro lato. La Wiget negativa giustamente attestò che non si eliminavano attraverso il rene malato bacilli di Koch, essendo il focolaio escluso, e perciò non secernente prodotti tubercolari attraverso le vie di eliminazione urinaria.

Nel caso riportato al n. 28 la poca nettezza della reazione fece mettere in condizione di poter precisare la scarsa entità delle lesioni renali, le quali si riducevano a un piccolissimo focolaio limitato in corrispondenza della pelvi. La stessa ricerca del bacillo di Koch che due volte riuscì positiva, numerosissime altre volte riuscì negativa, dimostrando che i germi eliminati attraverso le vie urinarie fossero tutt'altro che numerosi.

Degno di rilievo ancora è il caso riportato al n. X, nel quale il precipitare del quadro clinico, col sovrapporsi dei sintomi di affezione acuta, orientavano verso la diagnosi clinica di pielite: negative erano risultate tutte le altre indagini da laboratorio e cliniche per l'orientamento verso la diagnosi di tubercolosi renale. Solo la termoprecipito-reazione mi indusse ad insistere sulla diagnosi di tubercolosi renale confermata dagli esami istologici. Potrei in merito far rilevare con quale costanza, aumentando la quantità del pus dovuta all'infezione da germi piogeni sopraggiunta e nella quale si diluivano sempre maggiormente i bacilil tubercolari, la reazione diveniva sempre più tenue e meno intensa.

Ho riportato a parte il caso citato al n. 30 poichè trattasi di un'ammalata nella quale la diagnosi non fu potuta precisare. La reazione di Wiget riuscì debolmente positiva, la ricerca del bacillo di Koch, e praticata da due batteriologi di autorità, riuscì positiva. Però il quadro clinico allora e nel decorso successivo non si è potuto chiarire.

Altrettanto sicure sono le prove praticate sui 21 casi di ammalati affetti da calcolosi renale, dei quali in 20 la diagnosi fu controllata dall'atto operatorio e nell'altro caso le radiografie garantirono della veridicità della diagnosi. Solo in un caso riportato al n. 70 il responso della termoprecipitoreazione riuscì *fallace* per la presenza dei fosfati; ad eliminare tale inconveniente, essendo alle prime prove, usai di poi sospendere il sedimento in soluzione fisiologica. In questo gruppo è interessante il caso riportato al n. 67; in esso la storia, il quadro clinico facevano propendere per la diagnosi di tubercolosi renale e con tale sospetto si procedette alla lombotomia esplorativa. La Wiget fedelmente riuscì negativa in armonia al reperto operatorio, col quale non si rinvennero lesioni tubercolari in nessuno dei due reni.

Incontroverso anche è il risultato del V° gruppo di prove su individui normali nella funzione degli organi urinari circolatorio, respiratorio.

Da quanto innanzi mi sento autorizzato a concludere:

1° che gli estratti di sedimento di urine di infermi con focolai tubercolari nei reni, aperti e comunicanti con le vie di emissione urinaria, in presenza di sieri precipitanti specifici secondo la reazione Wiget-Ascoli danno costantemente dopo 10', 20' dall'inizio del contatto una reazione precipitante ad *alone* dotata di tutti i caratteri di una reazione immunitaria specifica;

2° la reazione è legata alla presenza di sostanze provenienti dalla cellula microbica e propriamente dall'albumina specifica;

3° il pus proveniente dalle vie urinarie di ammalati affetti da lesioni tubercolari di altri organi, che non siano quelle delle vie urinarie, non da reazione positiva per l'assenza dei bacilli di Koch, non essendo l'albumina estratta dagli elementi morfologici presenti in tali sedimenti di urine atte a determinare la reazione specifica precipitante del bacillo tubercolare. Ugualmente negativa (meno che in un caso) riuscì la reazione sui sedimenti purulenti di tutte le altre affezioni delle vie urinarie (calcolosi, pionefrosi, pieliti, ecc.), come pure sulle urine di individui normali nella funzione emuntoria dei reni.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI A. *Elementi di sierologia.* Bologna, Cappelli, 1920.

ASCOLI A. *Le termoprecipitine.* Milano, 1914.

CIVALLERI I. *Ricerche sulla termoprecipitoreazione di materiale tubercolare.* Rivista di Clinica Medica, n. 16, 1915.

FAGIUOLI A. *Ancora sulle termoprecipitine nella tubercolosi.* Archivio di Biologia Normale e patologica a. 67°, suppl. al fasc. IV, 1913.

FORNERO A. *Un metodo di termoprecipitodiagnosi tubercolare e della sua applicazione in Clinica Ostetrica e Ginecologica.* Annali di Ostetricia e Ginecologia, a. 41, n. 3, 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ADRO (BRESCIA).

Su di un raro caso d'infezione Eberthiana.

Dottor GIUSEPPE BELLONI, direttore.

L'applicazione sistematica della sierodiagnosi e della batteriologica nella patogenesi delle varie malattie è venuta man mano modificando anche il concetto patogenetico della infezione ebertiana; infatti se la classica descrizione del tifo non è stata scossa dalle nuove conquiste della scienza, un concetto più esteso di tale infezione si è però sostituito alla nozione più ristretta della malattia a carattere esclusivamente intestinale.

Casi a conferma di questo nuovo modo di interpretazione dell'infezione da bacillo di Eberth non ne mancano certo, sono però sempre rari cosicchè non ci è sembrato privo di interesse pratico il riportarne, nel modo più integrale possibile, uno di nostra osservazione, che per qualche carattere si differenzia da quelli finora descritti, e fare su di esso alcune deduzioni.

C. M., anni 17, nubile, casalinga.

Anamnesi remota. — Madre affetta da frenosi maniaco-depressiva; padre forte bevitore; nulla nei collaterali. Sviluppo somatico e psichico regolare; nessuno dei comuni esantemi dell'infanzia; mestruazioni a 14 anni e da quell'epoca sempre regolari per ritmo e quantità; forma influenzale nell'inverno del 1918 a carattere prevalentemente toracico ed in proporzioni minori nella primavera del 1922 a carattere nervoso; a quest'ultima fece seguito un'otite media secretiva risoltasi senza conseguenze dopo qualche mese di cura.

Esame somatico antecedente alla malattia. — Costituzione scheletrica regolare, stato di nutrizione e sanguificazione buono, vari apparati ed organi normali.

Anamnesi prossima. — I. Settenario: Il 1° agosto 1922, dopo brevissimo periodo prodromico, è costretta a letto. L'A. accusa malessere generale, anoressia, sete intensa, stanchezza, cefalea prevalentemente frontale.

All'E. O. si nota lingua leggermente patinosa ed arrossata ai margini, addome trattabile, non dolente, non meteorico, con leggero, ma solo ad intervalli, gorgoglio in corrispondenza della fossa ileo-cecale. L'alvo è chiuso, la minzione scarsa; (orine giallo-rossiccie; peso spc. 1020; albumina assente). La milza non è palpabile, il fegato nei limiti normali. Polso 105, non dicroto; respiro 23; temperatura oscillante fra i 37.5 ed i 38.5. Sensorio integro. Nulla agli altri apparati ed organi.

II. Settenario. — La sintomatologia suaccennata va lentamente ma gradatamente accentuandosi; la febbre arriva ai 39 con regolari remissioni mattutine (38), polso 110-115; la milza è ingrossata e facilmente palpabile; non esiste roseola; la prova di Widal dà esito nettamente positivo; tracce leggerissime di albumina nelle orine. L'A. accusa dolori alle varie articolazioni ma di preferenza a quella del ginocchio di sinistra ed alla tibio-tarsica di destra; i dolori sono avvertiti in corrispondenza delle epifisi e non nella continuità dell'osso; sono maggiori all'inizio e successivamente la loro accentuazione è progressiva; le articolazioni, specie le due ove i dolori sono più vivi, si presentano tumefatte, pastose, arrossate; i movimenti attivi e passivi sono resi impossibili oltrechè dolentissimi. La temperatura locale è aumentata. Sensorio generale leggermente depresso.

III. Settenario. — L'ipertermia (39.5-40) assume un andamento quasi continuo; la frequenza cardiaca è maggiormente accentuata (125-130 al minuto); il sensorio è sempre più depresso. La sintomatologia intestinale accenna ad un deciso e graduale miglioramento. Pressochè contemporaneamente compaiono al 3° medio della coscia di sinistra, al 3° inferiore della gamba destra, al 3° inferiore del braccio sinistro, alla regione tiroidea di destra, in corrispondenza della seconda vertebra dorsale leggeri edemi localizzati alla pelle cui dopo qualche giorno fa seguito una gonfiezza dapprima limitata che sembra far corpo coll'osso, dura, resistente; la pelle è liscia e conserva il suo colore normale. L'A. avverte in tali punti dolori vivi, esacerbati dalla pressione e dai movimenti, dolori che si rendono più intensi durante la notte. La pressione e la percussione nelle vicinanze dei tumori che si vedono svilupparsi non sono dolorose; la temperatura accenna a qualche notevole rialzo preceduto da leggero brivido. I tumori vanno progressivamente aumentando con una accentuazione del dolore; la pelle successivamente si fa sempre più liscia, edematosa e la palpazione dà la sensazione di una fluttuazione profonda talora difficile a percepire.

IV. Settenario. — Si interviene in tutti i casi chirurgicamente dando esito a pus cremoso, inodoro, leggermente emorragico. Lo specillo introdotto nel tragitto mostra che l'osso è denudato e necrosato su una vasta superficie ma solo in corrispondenza delle diafisi; giacchè le epifisi non sono per nulla intaccate dal processo necrotico; si nota anche accenno alla formazione di sequestri ossei.

La suppurazione alla regione tiroidea si è estesa a tutto lo spazio occupato dalla ghiandola con carattere eminentemente distruttivo. Dopo l'intervento chirurgico si ha una sollecita guarigione nell'ascesso osteoperiosteo del braccio sinistro; negli altri casi la suppurazione persiste, si accentua anzi, per cui su una sempre maggiore superficie le varie ossa appaiono scollate e necrosate per quanto la necrosi non abbia tendenza alcuna ad approfondirsi. In qualche punto si ha anche eliminazione di piccoli e sottili sequestri lamelliformi. La temperatura accenna dopo i vari interventi chirurgici a qualche leggera diminuzione per poi risalire e persistere, e sempre a tipo quasi continuo, intorno ai 40°. Il sensorio è sempre grandemente depresso come sempre notevolissima è la frequenza cardiaca. L'A. accusa una forte faringite per cui la deglutazione le riesce oltremodo difficile e penosa; difficoltata è pure l'articolazione delle parole. I sintomi dell'affezione intestinale sono completamente

scomparsi; la lingua è pulita, non dolori alla palpazione dell'addome, non gorgoglio, non meteorismo; la milza è nei limiti normali, l'alvo è regolarizzato, la minzione abbondante per quanto le orine (peso specifico 1017) permangono ancóra leggermente arrossate e con tracce minime di albumina.

V Settenario. — Al termine del primo mese di malattia l'a. è in uno stato di profonda prostrazione, di progressivo e grave dimagramento. I fenomeni esterni articolari sono quasi scomparsi ma le articolazioni sono sempre dolenti alla pressione e con i movimenti così difficoltati da indurre nell'idea di una anchilosi iniziale. I fenomeni osteoperiostei invece, tranne nel caso in cui in seguito all'intervento chirurgico si ebbe la guarigione, permangono immutati senza alcun accenno a miglioramento.

Si hanno i primi sintomi di insufficienza cardiaca. La tiroide dà qualche fenomeno di soffocazione e nel suo processo distruttivo si è aperto un tragitto nel retrobocca per cui l'a. ad intervalli si sente penetrare in gola pus che emette e che ha gli stessi caratteri di quello che si evacua nei vari focolai osteoperiostei. Con questa sintomatologia e con un progressivo esaurimento l'a. arriva al 17 settembre in cui muore per insufficienza cardiaca e cachessia. L'a. si è allungata di quasi 15 cm.; in corrispondenza del focolaio d'osteo periostite in cui si era avuta guarigione si constata un tumore duro, osseo, su cui la pelle sana scorre senza aderenze; in questo solo caso però si sono avuti fenomeni di esostosi mentre negli altri i fenomeni osteoperiostei sono persistiti immutati con necrosi, per quanto molto limitata in profondità, delle varie ossa e con formazione di pochi sequestri lamelliformi.

Come si vede il quadro da noi riportato si scosta completamente dal quadro comune dell'infezione ebertiana e dal complesso delle sue manifestazioni ci convince trovarci noi di fronte ad una forma rara se pure non ad una delle forme atipiche della stessa infezione che in questi ultimi anni, come accennammo all'inizio, sono venute mano mano modificando il concetto patogenico dell'ileotifo fondato tutto sull'esistenza di lesioni intestinali; esse dimostrano infatti che l'esaltamento della virulenza del germe può condurre ad una infezione generale senza speciale localizzazione o che lo stesso microbo può dar luogo a delle affezioni organiche che non hanno nessuna affinità anatomo-clinica con la malattia ben definita, dai sintomi costanti, che è l'ileotifo. Sono le due circostanze con cui si può manifestare l'atipia dell'infezione ebertiana; nel primo caso si avrebbe una setticemia senza speciale localizzazione, nel secondo delle infezioni ebertiane localizzate in questo o quell'organo diverso dall'intestino. Del primo caso si sono occupati, fra gli altri, Karlinski, Kuman, Blumenthal, Picchi e particolarmente Bezançon e Philibert, che dettero la storia dettagliata di 16 osservazioni; l'esempio più puro invece del secondo è fornito dallo pneumotifo nei casi in cui la natura ebertiana della localizzazione polmonare è dimostrata. Ma oltre questa, del resto rarissima, altre localizzazioni all'infuori dell'intestinale hanno formato oggetto di studio in questi ultimi anni e di esse si sono occupati in dotte memorie, oltre i già citati Bezançon e Philibert, Rubin, Gubler, Didion, e fra noi Banti, Bianchi, Guizzetti, Vanzetti, ed alcuni allievi della clinica di Bozzolo.

In questi casi, come è naturale, i sintomi generali sono molto attenuati e non esistono che i sintomi dipendenti della lesione dell'organo e dell'apparato colpito. È appunto in base alle osservazioni e conclusioni di questi ed altri autori che del tifo si venne formando una concezione più vasta, come dalla frequente, per non dire costante, presenza del bacillo di Eberth nel sangue dei tifosi gli stessi Bezançon e Philibert conclusero espressamente che l'infezione ebertiana è sempre una infezione generale con o senza localizzazione secondaria nell'intestino e non una infezione primitiva localizzata nel sistema linfoide intestinale, infezione che secondariamente produrrebbe la setticemia.

Una conclusione così radicale non ci sembra giustificata; il tubo digerente è infatti nell'immensa maggioranza dei casi la porta d'ingresso dell'infezione ebertiana e questa eccezionale frequenza di localizzazione nell'apparato linfatico intestinale, ritenuta fino a poco tempo fa l'unica nell'infezione ebertiana, non ci sembra tanto facilmente spiegabile se davvero nel tifo si trattasse di una infezione primitiva del sangue; difficilmente poi la presenza del bacillo di Eberth, malgrado i progressi della batteriologia è constatabile nel sangue prima dell'ottavo giorno di malattia in cui invece i sintomi intestinali hanno ordinariamente già raggiunto un notevole grado di intensità. Nel nostro caso il quadro completo dell'infezione generale, dell'infezione ebertiana cioè a tipo setticemico, giacchè tutto il quadro clinico più sopra descritto depone per una tale forma di tifo, si è raggiunto dopo una quindicina di giorni dall'inizio della malattia. I sintomi intestinali nelle prime due settimane, come risulta dalla stessa storia clinica, si sono contenuti entro limiti ristrettissimi, cosicchè di tutto il quadro non hanno rappresentato che il lato meno importante; si ebbe insomma un inizio insidioso, lento quale appunto si ha nella setticemia ebertiana e a cui solo dopo qualche settimana è successo il vero stato tifoso;

malgrado ciò nel sistema linfatico intestinale è evidente avere avuto l'infezione ebertiana il suo inizio perchè la sintomatologia intestinale, per quanto leggerissima, fu quella che iniziò tutto il quadro clinico e già la reazione di Widal fosse positiva prima che l'infezione avesse il carattere generale setticemico assunto in seguito; infatti solo all'inizio della 3ª settimana l'a. presentava il complesso di fenomeni che sogliono accompagnare tutte le setticemie (ipertermia a tipo quasi continuo, aumento notevole della frequenza cardiaca, depressione del sensorio, ecc.) mentre i segni della localizzazione tifica nell'intestino per quanto già attenuati, solo allora accennavano ad una rapida e progressiva scomparsa; e questo solo fatto, che è in perfetto contrasto coll'enunciata tesi di Bezançon e Philibert ci convince che se l'infezione intestinale, nel senso pratico della parola, non ingloba tutta l'anatomia patologica e tutta la clinica delle infezioni ebertiane, nella penetrazione del bacillo di Eberth nell'organismo non consiste però tutta la patogenesi del tifo.

Un carattere particolare al quadro sintomatologico su decritto venne dato dalle lesioni ossee, comparse le prime nel 2°, le altre nel 3° settenario di malattia. Una singolare localizzazione dell'infezione ebertiana si sostituiva o meglio si sovrapponeva all'infezione generale, cosicchè le due modalità dell'atipia da bacillo di Eberth sembra che nello stesso caso e sotto certi aspetti abbiano trovato la loro realizzazione. Le lesioni articolari non sono rare nelle grandi infezioni e stanno sempre a dimostrare della virulenza dell'agente infettivo che o direttamente o per mezzo delle sue tossine esplica la sua azione su tutto l'organismo. La conoscenza delle alterazioni articolari nel tifo è piuttosto recente ed a Keen (1877) se ne deve la prima descrizione ad un tempo originale e completa, come è di Volkmann la loro classificazione in piemiche, poliarticolari e monoarticolari.

Per quanto oggi si tenda generalmente a ritenerle il prodotto di infezioni secondarie, esse possono pure essere il prodotto dell'infezione primitiva che sulle articolazioni, come su di un punto debole, maggiormente si manifesta. Anatomicamente sono da considerarsi come una varietà clinica delle osteoperiostiti tifiche e per i loro caratteri, quali li abbiamo descritti e che, nel nostro caso, certo sono il prodotto di un'infezione secondaria, nulla, se si vuol eccettuare il fatto che di preferenza ne sono colpite le grandi articolazioni, in esse presentano di diverso dalle lesioni articolari che si verificano in malatite meglio specificate, tanto che di tale sintomatologia si volle formare il quadro di uno pseudoreumatismo infettivo. Il carattere piemico e ad un tempo poliarticolare delle lesioni nel nostro caso appare evidente dal loro decorso e dal complesso del quadro clinico da noi riferito, come evidente risulta l'inizio delle anchilosi come loro postumo, anchilosi che da diversi autori (Keen, Degez, ecc.) vennero già segnalate con una certa frequenza assieme alle lussazioni spontanee. Come le lesioni articolari anche le ossee non sembrano eccezionalmente rare nel tifo e nè pochi nè tanto recenti sono i casi segnalati nella letteratura (Keen nel 1878, Da Costa, Rondu, Mercier, Freud ed altri in seguito); ma solo Ebernaier nel 1889 potè fornire la prova batteriologica della localizzazione ossea del bacillo di Eberth determinandone la sua presenza in due focolai di periostite suppurativa in uno stesso ammalato; successivamente però, specie per opera di Chantemesse e Widal le ricerche batteriologiche dimostrarono che questo microorganismo, il cui potere piogeno dopo le prove sperimentali di Golzi, Sanarelli, Gilbert, Michon è un fatto stabilito, non era il solo che potesse provocare delle osteiti nei tifosi per quanto quelle dovute al bacillo di Eberth avessero un andamento abbastanza particolare; all'azione infatti dei microorganismi delle infezioni secondarie (caso questo più comune e più banale), devonsi ascrivere molti dei processi suppurativi nel corso di una infezione ebertiana, sia che tale azione si esplichi isolatamente o in unione a quella del bacillo di Eberth. Non è sempre facile stabilire quale di queste due cause prevalga nelle varie suppurazioni; certo però nelle angiocoliti, nelle colicistiti, nelle orchiti, nelle tiroiditi, e sopratutto nelle osteoperiostiti purulente il bacillo di Eberth sembra avere in contrapposizione agli altri agenti piogeni (Stafilococco, streptococco, bacillo coli, ecc.) diritto di primato. Le suppurazioni dai comuni microorganismi piogeni dipendono per lo più da una inoculazione locale, si manifestano quasi sempre nelle parti soggette a pressione, risiedono nel tessuto cellulare sottocutaneo per quanto spesso oltrepassino questo limite ed invadano il cellulare sottoaponeurotico e le masse muscolari.

Nel caso da noi descritto tiroidite ed osteoperiostite furono appunto le due forme che caratterizzarono le suppurazioni; e ciò accanto ai particolari caratteri clinici dalle stesse presentati e che la storia mette bene in evidenza fa ricercare nell'azione diretta del bacillo di Eberth la loro etiopatogenesi.

La tiroidite, più frequente nella convale-

scenza, è invece più rara nel corso della malattia e le conseguenze dell'ascesso tiroideo, semplici per lo più, possono talora e per cause varie essere mortali ed assumere carattere di particolare gravità per i fenomeni di soffocazione cui possono dar luogo.

Le osteoperiostiti, come del resto è più facile a constatarsi, anche nel nostro caso si verificarono nelle ossa lunghe; multiple per lo più sono rarissime nell'età avanzata e si verificano di preferenza nei giovani in cui il sistema osseo non ha ancora raggiunto il suo completo sviluppo. Come la tiroidite, sono più facili a riscontrarsi nella convalescenza e sulla loro insorgenza non sembra avere una reale importanza l'intensità della malattia primitiva. Ne è di conferma il caso da noi riportato in cui la complicazione ossea fece seguito ad una febbre tifoide relativamente leggerissima. Pure nel nostro caso l'osteoperiostite fu un fenomeno verificatosi in pieno corso della malattia mentre le localizzazioni periostee della tifoide compaiono ordinariamente durante la convalescenza (fra la sesta e l'ottava settimana) e spesso anche dopo. Sono però registrati casi comparsi fino dal primo giorno di malattia (Broca, Rendu, ecc.) o parecchi mesi ed anche parecchi anni dopo la stessa (Melchior, Reynier, ecc.).

La storia clinica indica quale è per lo più il decorso di queste osteoperiostiti e come ad esse raramente sia da attribuire la nota di benignità cui ha accennato qualche autore (Chomel). Per quanto il nostro non rappresenti un caso di grande piemia tifosa (la curva termica, le condizioni del sensorio e dell'apparato gastro-enterico depongono al contrario), le varie suppurazioni e per la loro molteplicità e per i loro caratteri hanno assunto un grado di eccezionale gravità cui non poteva a meno di corrispondere l'esito letale malgrado che la curva più intensa si fosse diretta ad arrestare il processo suppurativo nelle sue molteplici manifestazioni ed a combatterne la causa patogenetica.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Ricerche sull'etiologia del morbillo.

(CARONIA G. *La Pediatria,* 1° agosto 1923).

L'A. descrive il risultato di una serie di ricerche iniziate fin dal 1921 e che portano alla scoperta del germe del morbillo.

Le ricerche riportate dall'A. sono divise in quattro gruppi:

1) ricerche batteriologiche e microscopiche.

2) ricerche serologiche.

3) riproduzione sperimentale negli animali.

4) ricerche immunitarie e tentativi di riproduzione sperimentale nell'uomo.

Ricerche batteriologiche e microscopiche.

a) ricerche batteriologiche.

Per queste ricerche, dopo i numerosi vani tentativi compiuti con i comuni mezzi culturali l'A. ha finito per avvalersi esclusivamente dei terreni catalizzatori sul tipo di Di Cristina o Tarozzi-Noguki.

In tutti i casi di morbillo, venuti alla sua osservazione, ha sistematicamente praticata la emocultura, qualunque fosse il periodo della malattia. Talvolta l'A. ha fatto l'innesto culturale dal midollo osseo, dal filtrato del secreto naso-faringeo, dal liquido cefalo-rachidiano.

Nei tubi innestati con sangue prelevato dalle vene della piega del vomito o dalle giugulari esterne durante il periodo esantematico o verso la fine del periodo prodromico e tenuti a 37° in perfetta anaerobiosi l'A. nota a partire del secondo-terzo giorno un lieve intorbidamento che, iniziandosi dal fondo, invade tutta la colonna di liquido sì da aversi verso l'ottavo o decimo giorno un intorbidamento uniforme ed un lieve precipitato granuloso sulle pareti.

L'esame microscopico in goccia pendente fa rilevare fin dal secondo giorno le presenza di piccolissimi corpi sferici dotati di movimenti piuttosto vivaci sul tipo dei corpuscoli browniani, e di rare forme diplococciche piccolissime che si muovono lentamente su se stesse e che vanno aumentando nei giorni successivi.

Negli strisci di cultura al secondo giorno di sviluppo colorati col bleu di metile o col Leishman si scorgono rarissime coppie di piccolissimi corpuscoli quasi perfettamente sferici e come circondati da un lieve alone chiaro e qualche forma identica ma isolata. Il numero

di tali corpuscoli va aumentando col procedere dello sviluppo, ma non è mai in rapporto coll'intensità dell'intorbidamento del liquido culturale. Al di là del decimo giorno di sviluppo la colonna del liquido torna a chiarificarsi, dando un abbondante precipitato al fondo e restando leggermente emolitica. L'esame di preparati colorati di materiale preso dal fondo in questo periodo dimostra la presenza di molte forme bigemine od isolate in mezzo ad un abbondante detrito amorfo.

L'innesto culturale in periodo esantematico di liquido cefalo-rachidiano o di midollo osseo (prelevato con puntura della tibia) dà sviluppo degli stessi microrganismi. L'innesto di sangue circolante prelevato all'inizio del periodo prodromico nei pochi casi in cui all'A. è stato possibile tentarlo gli ha dato sviluppo molto tardivo.

Invece l'innesto del filtrato del secreto naso-faringeo sia in periodo prodromico, sia in periodo esantematico ha dato all'A. sempre sviluppo colle stesse caratteristiche della emocultura, ma in un tempo più lungo.

Nei successivi passaggi di culture comunque ottenuti lo sviluppo si fa più rapido ed intenso ed è possibile perpetuare gli stipiti con trapianti periodici fatti anche ad intervalli di parecchie settimane, purchè in anaerobiosi.

Anche qui, analogamente a quanto succede nella scarlattina, il filtrato di culture ben sviluppate insemenzato negli adatti terreni catalizzatori dà sviluppo dei microrganismi descritti, dimostrando l'esistenza di una fase ultramicroscopica del germe e spiegando così il contrasto che si ha nelle culture tra l'intenso intorbidamento della colonna di liquido e lo scarso reperto microscopico.

Trasportati in terreni culturali comuni, liquidi o solidi, in aerobiosi o in anaerobiosi, il germe non si sviluppa.

Negli stessi terreni catalizzatori in aerobiosi si ha scarso sviluppo al fondo nei primi passaggi e poi più nulla.

b) Ricerche morfologiche.

È noto come negative siano state fin'ora tutte le ricerche batterioscopiche praticate nel sangue e negli organi emopoietici dei morbillosi e senza alcun valore quelli sui secreti mucosi del naso, degli occhi e della bocca.

L'autore illuminato dal costante reperto culturale ha in molti casi ricercato microscopicamente nel sangue e nel midollo osseo e nei secreti delle mucose l'eventuale presenza di germi analoghi a quelli ottenuti in cultura.

La ricerca del sangue è riuscita sempre vana, la ricerca invece nel midollo osseo praticata in periodo esantematico ha fatto rilevare all'A. quasi costantemente la presenza di varie forme diplococciche extracellulari simili a quelle ottenute in cultura. La disamina microscopica sugli strisci di midollo colorati col Leishman deve essere attenta e paziente data la rarità del germe e la sua estrema piccolezza.

Nel secreto congiuntivale in mezzo a germi banali si rintracciano scarse forme diplococciche uguali morfologicamente a quelle delle culture e del midollo osseo e le stesse forme più numerose, specie nel periodo prodromico si trovano nel secreto naso-faringeo in mezzo a cocchi, diplococchi ed altri germi banali.

Ricerche serologiche. — Positiva è stata la prova dell'agglutinazione.

Positiva nettamente è stata la deviazione del complemento con antigene batterico.

Positiva la ricerca dell'indice apsonico ad alto titolo.

Tentativi di riproduzione sperimentale sugli animali. — L'A. ha usato come animale di esperimento il coniglio giovane. Ha inoculato i conigli per via endovenosa con forte quantità di sangue (5-6 cmc.) prelevato dalla vena di un individuo morbilloso. Al 5-6 giorno dall'inoculazione ha notato nei giovani animali arresto e diminuzione di peso, e verso il 12° giorno un arrossamento della congiuntiva e aumento della secrezione congiuntivale, arrossamento della mucosa orale, verso il 14° giorno arrossamento a chiazze della cute nelle parti più visibili e lieve desquamazione a piccole lamelle. Il siero di sangue di questi animali ha dato il fenomeno dell'agglutinazione, la deviazione del complemento, l'indice opsonico, adoperando come antigene i germi culturali.

L'autopsia di alcuni dei conigli venuti a morte ha dato iperemia dei visceri e talvolta congestione polmonare, e negli strisci di fegato e milza si è con facilità constatata la presenza di corpuscoli bigemini simili a quelli osservati nel midollo osseo dei bambini.

Questo quanto si ottiene inoculando sangue di un individuo morbilloso in un coniglio giovane.

Ora l'A., avendo ottenuto questi risultati, avendo così il quadro dell'infezione morbillosa nel coniglio, ha inoculato in altri conigli ugualmente giovani delle culture del germe isolato in cultura dai morbillosi. Ha avuto lo stesso quadro morboso e anzi più grave e caratteristico.

Ricerche immunitarie e tentativi di riproduzione sperimentale nell'uomo. — L'A. che già aveva, senza danneggiare, ottenuta la riproduzione della malattia con l'inoculazione di un germe molto più virulento come è quello della scarlattina, fa i primi tentativi di riproduzione del morbillo in bambini sani, mediante l'inoculazione del germe ottenuto con la cultura.

Dapprima tentò la prova su 3 bambini, mediante iniezioni di piccole dosi di cultura. I bambini ebbero delle lievi punte febbrili, ma nessuna manifestazione morbosa. Furono però positive le reazioni biologiche praticate in questo periodo. E quegli stessi bambini esposti più tardi al contagio non contrassero il morbillo.

In altri 3 bambini sani con l'inoculazione intramuscolare per 3 giorni di seguito di 2 cc. di cultura, l'A. ebbe in forma attenuata lo sviluppo tipico del morbillo. Si ebbe un periodo di incubazione di 12-13 giorni, un periodo prodromico con febbre lieve, lacrimazione, Koplik, starnuti, un periodo esantematico con febbre alta ed esantema tipico generalizzato. In seguito si ebbe lieve desquamazione furfuracea. I bambini guarirono completamente senza nessuna complicanza e nessun postumo.

Le conclusioni che l'A. stesso trae sono le seguenti:

1) Dal sangue, dal midollo osseo, dal filtrato del secreto naso-faringeo, dal liquido cefalo-rachidiano di bambini morbillosi in periodo prodromico o esantematico si ottiene in cultura, in speciali terreni catalizzatori ed in anaerobiosi, lo sviluppo di microrganismi molto piccoli, di forma rotonda, accoppiati due a due, a mo' di piccoli diplococchi.

2) Tale microrganismo nel suo ciclo vitale attraversa certamente una fase ultramicroscopica, perchè lo si può coltivare dal filtrato del secreto naso-faringeo fino alla fase microscopica e lo si può mantenere in cultura dal filtrato di culture già sviluppate.

3) Microrganismi di forma simile si possono rintracciare microscopicamente nel midollo osseo e nell'essudato congiuntivale e naso-faringeo degli ammalati di morbillo.

4) Il siero di sangue dei morbillosi, specie in periodo esantematico e di convalescenza, è ricco di agglutinine, ambocettori, opsonine specifiche per il microrganismo ottenuto in cultura.

5) L'inoculazione ai giovani conigli per via endovenosa di forti dosi di sangue di morbillosi in atto determina un quadro morboso analogo al morbillo umano. Dal sangue degli animali così infettati si isola in cultura lo stesso germe che si isola nei morbillosi e nel loro siero di sangue si formano anticorpi specifici per il germe isolato dall'uomo.

6) L'inoculazione per via endovenosa di dosi forti e ripetute di culture ricche di sviluppo, nei giovani conigli dà spesso una forma morbosa grave, molto simile al morbillo umano e seguita talvolta da morte. In questi animali così infettati il risultato delle ricerche morfologiche, serologiche, culturali è uguale a quello che si ottiene negli ammalati di morbillo.

7) L'inoculazione nei bambini sani di culture inattivate o attenuate provocano immunità verso il morbillo e nessun accenno della malattia.

8) L'inoculazione invece a bambini sani di dosi alte e ripetute di culture ricche di sviluppo provoca la manifestazione di una forma tipica per quanto attenuata di morbillo.

Concludendo, dalla serie di ricerche sommariamente esposte in questa nota ci sentiamo autorizzati ad indicare nello speciale microrganismo da noi isolato e studiato nei morbillosi l'agente etiologico del morbillo, lieti così di aver potuto contribuire alla soluzione di uno dei più gravi problemi della patologia umana.

Considerazioni sulla diagnosi e sulla terapia della leishmaniosi infantile.

(Prof. ROCCO JEMMA. *La Pediatria*, 15 giugno 1923).

Nettamente individualizzate e chiaramente stabilite in un decennio di studi rapidi e proficui l'etiologia, la parte clinica e la terapia di questa malattia, ancora resta incognito il suo meccanismo di trasmissione. Gran parte del contributo scientifico si deve alle Cliniche pediatriche di Napoli e di Palermo.

La *diagnosi clinica* è sempre una diagnosi di probabilità. I tre sintomi cardinali, *febbre*, *pallore*, *splenomegalia*, e la *provenienza* del malato devono ingenerare il sospetto della leishmaniosi. L'esame del sangue da solo non può confermarlo. La quasi costante *leucopenia*, la possibile polinucleosi e perfino la eosinofilia (Martelli) confermano solo la probabilità della diagnosi, che solo può essere comprovata con la *ricerca del parassita*. Questa ricerca, infida nel sangue periferico per la scarsezza dei parassiti nel sangue circolante, va fatta anzitutto nel midollo osseo: anche essa può essere infruttuosa, specie al principio della malattia o durante lo stato cachettico finale. In questo caso, specie se persiste

la leucopenia, è necessario e decisivo l'esame del succo splenico.

Il prof. Caronia ha descritto recentemente un metodo facile ed innocuo per queste ricerche.

L'A. accenna rapidamente all'associazione della leishmaniosi con malattie setticemiche (tifo, melitense), alla concorrenza vitale fra parassita di Leishman e plasmodio della malaria, ed invita i medici e le autorità sanitarie a pensare seriamente all'aumento di frequenza di questa malattia.

Per quanto riguarda la terapia è dimostrata l'assoluta specificità del tartaro stibiato per via endovenosa.

In ogni piccolo malato va saggiata la *stibiotolleranza* con le dosi iniziali e non andare oltre i 3-4 centigr. per iniezione nei bambini sotto i 3 anni, e oltre i 4-5 cgr. per quelli di età superiore; si può sperare nella guarigione in un tempo medio di due o tre mesi, praticando due iniezioni la settimana.

A volte si sono avute guarigioni anche dopo quattro, otto iniezioni: altre volte ce ne sono volute 40, 50.

È facile incontrare casi di *stibioresistenza* nei quali la guarigione si ha con grande lentezza e solo se si ricorre al prudente uso di alte dosi di farmaco, da 5 a 7 ctg. per iniezione endovenosa.

L'A. sconsiglia l'*ospedalismo*, specie per i lattanti. Non si può sostituire alla cura classica endovenosa preconizzata da De Cristina e Caronia nessun preparato per via endomuscolare (*Stibenyl-Antimonyl*, ecc.), con pari efficacia.

PERSIA.

FISIOPATOLOGIA.

Sui lipoidi.

(A. VALENTI. *La Medicina Italiana*, 1923, n. 5).

La definizione di tali sostanze è talmente difficile che Abderhalden e Hammarsten hanno proposto di abbandonare tale denominazione.

Overton, il quale venti anni fa, introdusse nella chimica biologica la nozione dei lipoidi, li definiva come sostanze aventi in comune la proprietà di essere solventi per lo stesso insieme dei corpi e di comportarsi in rapporto alla solubilità presso a poco come i grassi.

Loewe ha messo in evidenza che i lipoidi non sono affatto dei solventi per i narcotici, come per altre sostanze. Bang li definiva come combinazioni solubili nei solventi organici (alcool, etere, cloroformio, benzolo) dimenticando che molte altre sostanze non lipoidee, sono pure solubili in tali solventi: nè meno imprecisa è la definizione del Bloor che comprende sotto il nome di lipoidi tutte le sostanze che intervengono nel metabolismo dei grassi.

Generalmente si classificano (Ehudicum, Cramer) i lipoidi in:

Fosfatidi (lecitina, cefalina, azoto e fosforo).
Cerebrosidi, cerebrogalactosidi, sfingogalactosidi (azoto non fosforo).
Sterine (colesterina: non azoto nè fosforo).
Solfatidi (azoto e solfo; non fosforo).

Il numero dei lipoidi con le recenti ricerche si restringe sempre più: possiamo considerare come ben definiti tre fosfatidi (lecitina, cefalina, sfingomieline) e due cerebrosidi (cerasina, frenosina). Le sterine sarebbero dei similipoidi: di essi la meglio conosciuta è la colesterina, di intima struttura chimica non ben stabilita, fusibile a 145°; ha un corpo non saturo e una funzione alcoolica secondaria, onde può combinarsi con gli acidi grassi, specialmente oleico, e formare degli eteri comparabili agli eteri della glicerina.

Non si è potuto ancora stabilire in modo preciso la struttura chimica dei lipoidi per la difficoltà della loro separazione dagli organi e della loro purificazione. Così assai spesso quando si parla del tenore del sangue in lipoidi, si confondono non solo i lipoidi con i semilipoidi, ma anche con una parte più o meno notevole dei grassi, nè è escluso il dubbio che i lipoidi estratti possano subire, per le manipolazioni stesse, delle modificazioni tali da farli differire notevolmente dallo stato in cui si trovano nei tessuti.

Overton e Meyer ritenevano che i lipoidi formassero un semplice strato limitante cellulare: Ciaccio, Cesa Bianchi ed altri, dimostrarono che i lipoidi hanno una ubiquità diffusa, intra- ed extra-cellulare.

Molto discusso è se i fosfatidi e i cerebrosidi siano specifici per ciascun organo e tessuto; è certo che la proporzione dei diversi cerebrosidi e fosfatidi negli organi e tessuti, varia secondo una legge regolare da un tessuto all'altro, che oltre alla differenza chimicofisica fra lipoidi e semilipoidi, corrisponde una differenza biologica, e che la loro presenza è indispensabile al buon funzionamento delle cellule dei diversi tessuti; i semilipoidi avrebbero in modo speciale la proprietà di assicurare la permeabilità cellulare. Nella fagocitosi mentre la colesterina ha azione inibente la lecitina non la modifica anzi si oppone all'azione della colesterina. Ugualmente colesterina e lecitina avrebbero un'azione antagonista in certi tipi di emolisi.

Comunque, i costituenti fondamentali delle cellule sarebbero i lipoidi, i semilipoidi, le proteine, i sali, l'acqua, ed è evidente che le modificazioni delle complesse combinazioni di tali elementi in questo o quell'organo debbono provocare disturbi più o meno considerevoli nelle funzioni specifiche di questi organi o tessuti, o anche di tutto l'organismo.

Sull'importanza dei lipoidi nell'alimentazione completa, si è molto discusso; numerose esperienze dimostrerebbero la necessità assoluta dei lipoidi nell'alimentazione.

Gli autori americani hanno chiamato vitamine A le vitamine liposolubili.

L'importanza dei lipoidi è grande nel metabolismo dei grassi, e, secondo alcuni AA., anche nel ricambio azotato, fosforato, solforato. Bloor ha concluso che i globuli tolgono il grasso al plasma e lo trasformano in lecitina; altri autori ritengono i fosfatidi come sostanze intermedie indispensabili al metabolismo dei grassi.

È certo che nel sangue i fosfatidi aumentano dopo l'ingestione dei grassi. Secondo Slowszoff la lecitina diminuisce l'eliminazione dello zolfo per le urine, provocando una ritenzione azotata e fosforata, economizzando l'albumina. Bloor crede che la colesterina intervenga nel metabolismo dei grassi. L'intervento dei complessi colloidali tra lipoidi e semilipoidi è stato messo in causa nella coagulazione del sangue, nella secrezione interna del pancreas, nella reazione delle precipitine, nella immunizzazione.

In linea di massima pare accertato che non vi ha un modo di azione generale dei lipoidi in rapporto all'emolisi, cioè se alcuni sono emolitici ed altri no; questi potrebbero divenirlo per influenze diverse, anche patologiche.

Nel campo della patologia le ricerche sui lipoidi sono numerosissime: ricorderemo che il tenore in fosfatidi del siero del plasma e del sangue totale sembra diminuito nell'emofilia, nella tubercolosi, nell'anemia perniciosa, nell'anemia secondaria ed in tutti gli stati cachettici.

I lipoidi sarebbero aumentati nelle capsule surrenali nell'arteriosclerosi, nella cirrosi del fegato, nella nefrite cronica, nella stasi cardiaca, nell'emorragia cerebrale, nelle infezioni acute, e molto nei diabetici. L'eliminazione dei fosfatidi sarebbe accresciuta nelle malattie parasifilitiche del sistema nervoso, nella mania depressiva, nelle forme acute della demenza precoce.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CH. LENORMANT et P. BROCQ. *Chirurgie de la tête et du cou.* VI edizione. Masson et C., editori, 1923.

Più che di una buona edizione, del ben noto trattato del dott. Lenormant, si tratta in realtà di un libro del tutto nuovo.

Dell'antica edizione non sono stati conservati che i capitoli di chirurgia oramai classici. L'edizione presente è stata redatta cogli stessi criteri della prima, ma le tecniche sono state rimaneggiate e adattate alle idee attualmente correnti. I processi operativi antichi sono stati soppressi e rimpiazzati da metodi più moderni accettati dalla maggioranza dei chirurghi. Fra i capitoli più importanti intieramente trasformati sono da segnalare quelli che trattano della chirurgia dei nervi della faccia, delle fistole del dotto di Stenone, del laringe, ecc.

Fra i capitoli aggiunti: le vie d'accesso ai grandi vasi del collo, l'exeresi di grandi tumori del collo, il trattamento delle pseudoartrosi del mascellare inferiore, le plastiche del cranio.

Di ogni operazione viene esposto un metodo, in generale quello usato dai chirurgi della facoltà di Parigi. All'esposizione del metodo, che è fatta sempre schematicamente e con grande chiarezza, viene fatto precedere un riassunto dell'anatomia della regione.

Le numerose figure che illustrano il manuale sono in parte originale, in parte prese dagli Autori dei quali sono riportate le operazioni.

Non è certo un trattato completo di medicina operativa — non era questo nell'intento degli Autori — i quali si propongono solo di esporre per le diverse lesioni chirurgiche della testa e del collo, una serie di operazioni, le più adatte secondo la loro esperienza.

MANFREDO ASCOLI.

A. RAPISARDI. *Semeiologia delle affezioni del mediastino.* Amatrice, Stabilim. Arti Grafiche, 1922.

La semeiologia delle affezioni del mediastino è trattata in modo completo in questo libro, che sarà letto con grande utilità da quanti desiderano conoscere questo importante e difficile capitolo di semeiotica.

Se spesso è infatti facile stabilire la diagnosi generica di sindrome mediastinica, è invece compito sempre arduo ed irto di difficoltà il determinare la diagnosi speciale della particolare affezione.

L'A. in forma chiara e semplice illustra tutta la ricca sintomatologia ed espone non solo quanto è stato scritto ed osservato dagli altri, ma porta un prezioso contributo personale. Nella discussione dei varii segni appare la sua larga esperienza clinica formatasi in lunghi anni di osservazione fatta su malati studiati sia negli ospedali, sia nella scuola di Semeiotica e di Patologia Medica di Roma.

SILVESTRI.

F. Fazio. *Stenosi dell'intestino tenue.* Tesi lib. doc., Napoli, Tip. Ruggiano, Vico Fico al Purgatorio, 1.

Il lavoro è diviso in una parte generale e in una parte sperimentale: nella parte generale l'A. passa in rassegna dal punto di vista etiologico le stenosi (da causa intrinseca-estrinseca) e ne studia l'anatomia patologica e la sintomatologia. È naturale che nella diagnosi la radiologia abbia uno dei posti più importanti e l'A. descrive i segni radiologici sia delle stenosi duodenali sia delle stenosi del tenue. Passata in rassegna la cura il libro si chiude con una parte sperimentale, studiando in qual modo sperimentalmente si modifica la funzione motoria del tenue quando il suo lume si restringe in un determinato punto.

Il libro può essere una buona guida a chi si vuole occupare dell'argomento.

Milani E.

P. Moure. *Chirurgie vasculaire conservatrice.* (Masson e C. Editori, 1923).

La guerra recente ha reso più familiare la chirurgia conservatrice dei vasi, che prima per lungo tempo era parsa l'appannaggio di qualche operatore specializzato.

Si tratta certo di tecniche oltremodo difficili e tali da non potersi improvvisare. Bisogna conoscere bene lo speciale strumentario che questa chirurgia richiede, ed è necessario un tirocinio sperimentale.

Queste cognizioni elementari sono svolte nella prima parte dell'opera dall'A. Nella seconda parte sono esposte le indicazioni della sutura dei vasi, e le sue applicazioni in chirurgia umana.

Il libro, scritto da un chirurgo che da tredici anni si occupa di suture e trapianti vasali ci è parso contenere un'esposizione molto accurata e completa dello stato attuale della chirurgia vasale e dei risultati che da essa si possono ragionevolmente attendere.

Manfredo Ascoli.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Convegno interregionale di Talassoterapia Rimini.

(22-23 luglio 1923).

Al Convegno hanno aderito numerosissime personalità. Fra i presenti si notavano i proff. Testi di Faenza, Gnudi di Bologna, Bilancioni di Roma, De Francesco di Venezia, Montuschi di Firenze, Solieri di Forlì, ecc.

Assume la presidenza il prof. Silvestrini di Rimini, al quale si deve in massima parte l'organizzazione del convegno e il suo ottimo successo. Il prof. Bilancioni di Roma, riferisce sul tema: «*La tubercolosi laringea*» e dopo un esame sintetico delle varie questioni relative al problema suddetto, tratta dei metodi di cura, in rapporto specialmente alla talassoterapia precisandone le indicazioni e le limitazioni e conchiudendo sulla necessità da parte dei medici e degli specialisti di non trascurare lo studio di questa forma poco conosciuta ma non altrettanto rara di affezione laringea. Il dott. Pullè di Riccione tratta con competenza, e con un criterio essenzialmente pratico, il primo tema ufficiale posto all'ordine del giorno: «*Questioni pratiche di talassoterapia*». Descritto l'ambiente rivierasco nostrano, i vantaggi del clima, le bellezze naturali, il relatore si intrattiene in una serie di utili considerazioni suggerite da una esperienza di oltre trent'anni di esercizio talassoterapico sulle nostre spiaggie, sulle diverse malattie che beneficiano di una cura talassoterapica, in modo speciale sulla scrofolosi e sulla tubercolosi iniziale; dà opportuni insegnamenti sul modo di applicazione delle cure marine, e dopo avere brillantemente ricordato la gloriosa tradizione talassoterapica italiana, inneggia all'avvenire della nostra stazione balneare e di questa moderna branca della terapia medico-chirurgica.

Nella seduta del 23 luglio a cui presenziava S. E. l'on. Luigi Rava, presidente della Società «Enit», il prof. Cardi, in una relazione sulle «*indicazioni della terapia marina nella tubercolosi polmonare*» stabilisce l'importanza e i limiti di queste indicazioni, dando opportuni ragguagli suggeritigli dalla lunga esperienza sugli stadii iniziali della tubercolosi polmonare, in cui riescono più efficaci le cure marine, sul modo di applicazione delle cure stesse, combattendo alcuni pregiudizii diffusi anche tra i medici.

Il prof. De Francesco di Venezia tratta ampiamente, e con un criterio squisitamente pratico sulla «*elioterapia nelle forme chirurgiche*», illustrando il suo dire con interessanti proiezioni.

Il relatore passa in rivista le numerose affezioni che della elioterapia possono beneficiare, trattando in modo speciale di quelle chirurgiche, portando in ogni argomento una nota personale e convincente. Conclude affermando la necessità di disciplinare tale genere di cura, onde evitare che gli effetti benefici che se ne possono trarre, non si trasformino in altrettanti danni per i sofferenti.

Il dott. BARBIERI svolge una breve ma interessante comunicazione sui risultati ottenuti dalla Colonia Elioterapica.

Il dott. GELLI, dirigente sanitario dell'Ospizio Marino Murri, a proposito delle *anemie che si osservano nei bambini inviati negli Ospizi Marini*, richiama l'attenzione dei medici sulla necessità di praticare gli esami clinici opportuni per sceverare le anemie essenziali da quelle secondarie ed a questo proposito illustra un interessantissimo caso di anemia perniciosa da anguillula intestinale.

Il dott. LAZZARI presenta quindi un ordine del giorno a cui si associa il dott. PIERELLI affermante la necessità di una viva agitazione fra le Società medico-chirurgiche per ottenere che l'inizio dell'anno scolastico venga anticipato per dar modo a tutti gli studenti di beneficiare nei mesi più caldi delle cure marine e montane.

Terminati i lavori, il presidente prof. SILVESTRINI rivolge ai numerosi presenti un saluto ed un ringraziamento augurandosi che questo primo Convegno regionale di talassoterapia, così bene riuscito segni il principio di una serie di convegni analoghi allo scopo di dare incremento alla branca più importante della fisioterapia moderna e per stabilire un utile ed efficace affiatamento fra i medici rivieraschi, e quelli che di solito inviano i sofferenti alle cure marine, ed infine facendo voti che in ogni stazione balneare venga istituito un consultorio medico per un opportuno disciplinamento delle cure marine.

Dopo interessanti visite agli Ospizii marini riminesi, fra cui quello comasco e quello intitolato al prof. Murri e dopo una riuscitissima gita alla Repubblica di San Marino, si è chiuso questo primo convegno regionale di talassoterapia che per il numero e l'autorità degli intervenuti ha sorpassato ogni aspettativa, lasciando in tutti il migliore ricordo.

Convegno della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

(Venezia, giugno 1923).

Proposta per l'istituzione di una Sezione scientifica per lo studio dei problemi pratici di patologia e terapia della tubercolosi (Prof. U. CARPI).

Lo studio del problema sociale della tubercolosi se non può dirsi risolto, ha almeno ottenuto una chiara e netta impostazione. I cultori della medicina sociale hanno degnamente assolto il compito di definire i limiti e le finalità della profilassi e della difesa sociale antitubercolare. Il compito di battere le vie, tracciate ormai su principii fondamentali universalmente accettati, spetta oggi agli enti pubblici responsabili: lo Stato, le Provincie, i Comuni. L'Ufficio della medicina sociale di fronte al problema sociale rimane nei limiti di un vigile controllo e di un'azione stimolatrice sugli enti pubblici responsabili perchè il vasto programma della lotta antitubercolare venga gradualmente attuato.

Ma accanto al problema sociale noi non possiamo dimenticare quello scientifico della tubercolosi come entità morbosa attuale. Le questioni pratiche sulla patogenesi, della clinica e terapia della tubercolosi vengono talora accennate nei Congressi generali di medicina, ma non esiste una riunione regolare che di anno in anno ci metta al corrente delle questioni di attualità pratica in questo campo. Solo i grandi Congressi Internazionali della tubercolosi hanno fino agli ultimi anni, prima della guerra, adempiuto alla funzione di aggiornare le conoscenze del movimento scientifico sulla tubercolosi.

L'oratore sostiene che i Convegni annuali della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi, senza raggiungere la complessa organizzazione di Congressi generali della tubercolosi debbano tuttavia dedicare qualche seduta alla discussione di temi pratici di attualità invitando le personalità più competenti nel mondo scientifico nostro universitario, ospitaliero, dispensariale e sanatoriale a riferire i risultati della loro esperienza e dei loro studi che si collegano cogli scopi della prevenzione e cura della tubercolosi.

Vi sono problemi di terapia nel campo della tubercolosi che attraverso l'esperienza pratica quotidiana vanno assumendo forma conclusiva e concreta, e che il medico pratico non sempre può valutare nella loro reale entità solo perchè non ne è tenuto al corrente. È davvero a lamentare che ancora oggi nella valutazione della entità morbosa della tubercolosi e della sua cura non si abbia, nel campo pratico, quella comprensione esatta che solo può venire dalla conoscenza delle direttive classiche di terapia e di prevenzione della tubercolosi. Le norme, in sè ben definite, della terapia sanatoriale, della terapia immunitaria, della terapia pneumotoracica, della terapia fisica e della stessa terapia sintomatica, meritano di essere ancora e sempre discusse in ambienti competenti, perchè dalla discussione sorga quella norma di applicazione pratica, razionale suffragata dal controllo direttivo dell'esperienza, che la cura della tubercolosi richiede.

Oggi il campo della terapia antitubercolare è troppo ingombrato dalla diffusione di pubblicazioni pseudo-scientifiche che l'industria farmaceutica, specialmente straniera, largamente largisce ai medici vantando risultati brillanti che ad una critica scientifica appena superficiale appaiono destituiti di ogni attendibilità. Occorre che dagli ambienti medici esca una parola ammonitrice contro questa tendenza polifarmaceutica che toglie i giovani medici dalla esatta conoscenza delle corrette direttive delle terapie e spesso sottrae i pazienti ai tempestivi provvedimenti di una cura razionale.

Occorre valorizzare i principii sani della prevenzione e della terapia della tubercolosi, valorizzare i metodi classici della terapia generale, della terapia immunitaria, della terapia pneumotoracica, dare incremento a tutti gli studi ed alle osservazioni che valgano a far conoscere gli elementi curativi dei nostri climi.

Occorre che di tutti i sussidi di terapia vantati nella cura della tubercolosi sia fatta, in Istituti scientifici di ineccepibile autorità, una regolare

esperienza ispirata ad una critica imparziale ed obbiettiva e che i risultati ne siano resi noti al mondo medico.

Questa funzione informativa dei nuovi indirizzi, dei risultati, dei progressi che di giorno in giorno assume il problema curativo della tubercolosi, deve essere assunto dall'Ente che riunisce tutte le attività del movimento antitubercolare nazionale. Esso al pari dei problemi terapeutici si occuperà di quelli diagnostici pure di vitale interesse per il medico pratico.

I Convegni annuali della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi, saranno la sede naturale delle discussioni che devono proporsi di mettere al corrente annualmente gli interessati sullo stato dei problemi scientifici di attualità, negli studi sulla tubercolosi, dando l'assoluta prevalenza a quelli di ordine pratico di diagnostica e terapia.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 15 giugno 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, presidente.

Riassunto di osservazioni intorno alla presenza ed alla distribuzione del glicogeno negli organi durante la vita intrauterina, nell'uomo.

LIVINI F. — L'O. dà conto dei risultati di uno studio sistematico sul comportamento del glicogeno negli organi durante la vita intrauterina, studio basato sull'esame di un buon numero di embrioni e feti umani, dal principio del 2° mese alla nascita. E dimostra:

che la prima comparsa del glicogeno, nel fegato, si verifica verso la fine del secondo mese, ma che si tratta di quantità minima;

che molto più precocemente il glicogeno compare in altri organi, precisamente al principio del mese, nel qual tempo è limitato a pochi — corda dorsale, funicolo ombelicale, tegumento, miocardio, muscoli volontari — per comparire subito dopo, in quasi tutti gli organi, in alcuni accumulandosi in grande quantità;

che nel terzo mese, restando minima la attività glicogenica del fegato, rappresentano depositi di enormi quantità di glicogeno il miocardio, i muscoli volontari, gli abbozzi cartilaginei dello scheletro, alcuni epiteli di rivestimento — epidermide, epitelio del tratto superiore del canale alimentare —, glicogeno essendo contenuto, in minor misura, in molti altri organi;

che nel quarto mese, pur conservandosi molto modesta la attività glicogenetica del fegato, si avvera, negli altri organi — muscoli volontari compresi — una lieve diminuzione del contenuto in glicogeno, e ciò verisimilmente in relazione con un maggior consumo da parte del feto. E prosegue, negli stadi successivi di sviluppo, la accennata diminuzione, mentre cresce l'attività da parte del fegato. Però, anche alla nascita, allorchè attivissima è la funzione glicogenica del fegato, molti organi — oltre i muscoli volontari — contengono ancora glicogeno.

Le sostanze attive degli estratti placentari e loro azione sugli organi genitali femminili (nota prima).

CERESOLI A. — L'O. iniettando in cavie e coniglie giovani (circa 80) estratti acquosi, alcoolici, eterei, acetonici, cloroformici ed alcool-eterei di placenta umana a termine, ha ottenuto negli animali trattati fenomeni gravidici dell'utero, ovaie, vagina, e ingrossamento delle mammelle: la secrezione lattea non viene influenzata. L'utero, nella maggior parte degli animali, ha oltrepassato di sei-otto volte il volume di quello dei controlli, con uno spiccato sviluppo della muscolare ed assai più della mucosa nella quale si determina una vera e propria trasformazione adenomatosa dell'epitelio ghiandolare. Non crede che l'azione ipertrofizzante di tali estratti debba attribuirsi solo ai lipoidi come è ammesso da precedenti esperimentatori, perchè si ottengono eguali risultati con estratti acquosi che non contengono lipoidi.

Un caso di sclerosi primitiva dell'arteria polmonare.

PEZZI C. — L'O. comunica l'osservazione di un uomo di 39 anni, senza antecedenti patologici di alcun genere, il quale da sei mesi ha dovuto abbandonare la professione di *maître d'hôtel* per un'intensa dispnea da sforzo quasi permanente. Presenta inoltre una marcata cianosi delle labbra e delle unghie a vetro d'orologio. All'esame del cuore non si rileva nessuna lesione nè delle valvole nè degli orifici. Pressione arteriosa normale, orine normali. Wassermann negativa, fegato aumentato di volume, debordante due dita, non edemi. All'esame radioscopico aumento dell'ombra cardiaca specialmente a carico della metà destra. Notevolmente sporgente l'arco medio corrispondente all'arteria polmonare, accentuazione notevole dell'ombra ilare di destra. La dispnea, la cianosi, l'assenza di lesioni cardiache, la presenza di una polmonare dilatata e di un'ombra ilare notevolmente accentuata, permettono la diagnosi di sclerosi primitiva dell'arteria polmonare. Come elemento etiologico si nota solo l'intossicazione alcoolica.

Due casi di lussazione nel segmento dorso-lombare della colonna vertebrale.

ANNOVAZZI G. — Nel primo caso si tratta di lussazione anteriore, per trauma indiretto, della 12ª vertebra dorsale; nel secondo, di lussazione totale della colonna vertebrale per trauma diretto a livello della 4ª v. l. con fratture di un processo trasverso, del processo spinoso e del corpo di questa vertebra. La colonna vertebrale, spostata, prende punto d'appoggio sulla cresta iliaca. Paralisi totale in ambo i casi a carico degli arti inferiori, subito dopo il trauma; a distanza di qualche anno: paresi bilaterale nel territorio dello sciatico-popliteo esterno e dissociazione siringomielica della sensibilità, nel primo caso; paresi bilaterale nel territorio degli sciatici-poplitei, nel secondo caso.

MOZZETTI MONTERUMICI M. — *Anomalie dell'apparato urinario osservate in due feti umani immaturi.*

A. CERESOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Embolismo da produzione di gas dopo l'aborto.

L'embolismo da aria è una sequela abbastanza comune in certi casi ostetrici, come il distacco di placenta previa e l'aborto criminoso. Naujoks (rif. in *Medical Review*, maggio 1923), riferisce un caso in cui l'embolismo era da attribuirsi a gas formatosi per attività batterica. Una donna di 22 anni era stata portata all'ospedale in conseguenza di emorragia uterina con la quale era stato emesso l'uovo, ma non la placenta; essa accusava di avere avuto anche brividi. Le condizioni generali erano buone, non vi erano segni di anemia nè di sepsi, l'utero era ingrossato, l'orificio del collo ammetteva un dito. In seguito si ebbero dolori violenti senza emorragia; più tardi la faccia incominciò a diventare cianotica, la respirazione però si mateneva calma ed il polso buono, nonostante che l'ammalata apparisse in condizioni allarmanti. La presenza della placenta all'orificio esterno dell'utero faceva escludere la possibilità di rottura di una gracidanza tubarica; venne allora diagnosticato un embolismo gassoso e furono somministrati diversi stimolanti cardiaci; le condizioni andarono peggiorando per una tosse stizzosa ed i dolori addominali violenti; la respirazione morfina calmò la paziente; la quale però con segni di crescente debolezza cardiaca e con respirazione sempre più superficiale, venne a morte.

L'autopsia dimostrò la presenza di gas nella orecchietta destra, nel ventricolo destro e nell'utero, dove si trovò un bacillo analogo a quello dell'edema gassoso; non vi era gas nè nei vasi nè in altri organi. Evidentemente i residui placentari avevano fornito il *pabulum* ad un germe gassogeno che aveva raggiunto la circolazione generale, aiutato dalle contrazioni dell'utero; il gas si era raccolto nel ventricolo destro, ed il cuore, incapace di espellerlo, ne era rimasto paralizzato. Tenuto conto della frequenza dell'aborto criminoso e delle successive infezioni, l'embolismo gassoso non deve essere molto raro, solo che esso viene probabilmente mascherato dalla emorragia grave e dai segni di setticemia. A. Z.

Sulla dieta in gravidanza.

H. Day (*Boston Med. and Surg. Journal*, 7 giugno 1923) osserva che nei primi tre mesi si possono combattere le nausee e i vomiti somministrando parecchi piccoli pasti, di cui uno circa mezz'ora prima di levarsi da letto. Si combatteranno anche, con opportune modificazioni della dieta, le eventuali iperacidità e la costipazione.

Una delle cause di aborto nei primi mesi è la deficienza di calcio, che si deve somministrare in quantità sufficiente con gli alimenti (latte, formaggi), o in aggiunta ad essi (lattato, o carbonato di calcio): tale somministrazione va continuata nei mesi seguenti, per evitare che il feto impoverisca la madre di calcio.

Ogni cura si deve avere perchè la gestante non diminuisca eccessivamente di peso, ma sopratutto perchè non diventi obesa, ciò che suole accadere negli ultimi tre mesi, e può portare a distocie per la diminuita forza muscolare, per diminuito lume del canale da parto, e per l'aumento di peso del feto; inoltre, dopo il parto, facilmente resta un danno estetico (alterazione della silhouette, strie gravidiche). Pare poi che l'obesità favorisca l'insorgere di manifestazioni tossiemiche, in particolare della eclampsia (anche perchè l'obesità induce sempre un certo grado d'ipertensione. (*N. d. R.*). Quando non si somministra una dieta sufficiente ne viene cachetizzata molto più la madre che il feto.

In presenza di cardiopatie, diabete, o tubercolosi, occorre attenersi alla dieta indicata per queste malattie.

Nella minaccia di manifestazioni tossiemiche bisogna ridurre al minimo le proteine della dieta. È necessario che la dieta contenga la vitamine *A* liposolubile, che regola l'accrescimento (burro, latte, ecc.), *B* acqua solubile, antinevritica (legumi, di cui è bene bere anche l'acqua di cottura, latte, ecc.), *C* acqua solubile antiscorbutica (frutta fresca, specie aranci e limoni). Vi sarebbe anche una vitamina *D* (o *X*, di H. Evans) che favorisce le funzioni riproduttive ed è contenuta nelle foglie verdi, specie di lattuga.

Costituenti necessari della dieta sono pure il ferro (spinaci, torlo d'uovo, ecc.), il calcio, di cui si è detto, il fosforo (cereali completi).

Anche l'introduzione di acqua va opportunamente regolata: non deve essere eccessiva.

In complesso nei primi tre mesi si possono concedere 3000 calorie, nei mesi seguenti bastano di solito 2000: s'intende però che bisogna ponderare le particolari circostanze di ogni gestante. Per evitare la costipazione il cibo deve avere un sufficiente volume e deve stimolare la peristalsi (verdure, pane integrale).

DORIA.

L'urotropina per via endovenosa del vomito incoercibile delle gravide.

A. Loschi (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 30 aprile 1923) ha trattato con successo evidente alcuni casi di vomito grave, incoercibile delle gravide mediante iniezioni endovenose di urotropina, usando una soluzione al 35 % ed introducendone otto cmc. pari a g. tre. Il numero delle iniezioni è stato di cinque; il miglioramento, evidente fin dalla prima, si è andato accentuando in seguito fino a portare la completa cessazione del vomito, la scomparsa dell'albumina dalle urine ed il ritorno allo stato normale. Questa terapia conferma l'origine tossica del vomito incoercibile e depone in favore dell'origine ovulare della sostanza tossica, in quanto che, superata la crisi con la somministrazione dell'urotropina, la gravidanza può continuare indisturbata senza che vi sia più bisogno dell'azione disintossicante dell'urotropina. L'A. ha anche ottenuto ottimi risultati in un caso grave di eclampsia con le iniezioni endovenose di urotropina, ciò che fa sperare che essa possa costituire un presidio terapeutico di grande importanza anche per questa forma morbosa.

A. Z.

NOTE DI TECNICA.

Ureometro di precisione.

A. Sciortino (*Arch. di farmacologia sperimentale e scienze affini*, 15 giugno 1922) ha fatto costruire un apparecchio per la determinazione dell'urea, che accoppia la precisione con semplicità di maneggio, di costruzione.

Esso consta di una bottiglia per la reazione della capacità di circa 100 cmc., chiusa da un tappo di gomma attraversato da 2 fori per i quali passano l'estremità del tubo per l'ipobromito, e quella di un tubo a spostamento a cui è applicato un tubo laterale, che si può chiudere con pinza a pressione.

Il tubo per l'ipobromito è munito inferiormente di un rubinetto che è chiuso superiormente da un tappo di gomma, attraversato da un tubo di vetro, comunicante per mezzo di un tubo di gomma a pareti spesse e diametro sottile, con una buretta divisa in 1/20 di cmc. e munita di tubo di livello.

Nella bottiglia da reazione si mette il liquido da esaminare aggiungendo acqua distillata fino alla metà, si pone la soluzione di ipobromito (10-12 cmc.) nel tubo relativo che si mette in comunicazione con la buretta; immersa in acqua fredda la boccia da reazione, si attende che sia raggiunto l'equilibrio fra la temperatura esterna ed interna, si porta a zero il livello del liquido nella buretta e si chiude la pinza a pressione della boccia a reazione. Si procede poi alla reazione versando dapprima la maggior parte di ipobromito, e facendone poi cadere ancora per controllare se la reazione è terminata. Si fa poi la lettura del gas, portando a livello e facendo le relative correzioni per la pressione e temperatura.

I vantaggi di questo ureometro sarebbero i seguenti: uso di quantità variabili di liquido (fino a 50 cmc.), e di quantità arbitrarie di reattivo, senza dover tener conto della quantità usata.

Poter stabilire, prima di praticare la reazione, l'equilibrio fra pressione esterna ed interna e non avere errori quando si abbiano liquidi con scarso sviluppo di gas.

Esser sicuri che la reazione avvenga in modo completo, per lo scuotimento che si può imprimere alla boccia a reazione e sotto una certa depressione.

Agevolare la lettura di piccole quantità di gas sino a 5/100 di cmc.

L'A. ha sperimentato largamente il suo apparecchio con risultati soddisfacenti.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul bacillo fusiforme e sulla spirocheta di Vincent.

(D. DAVIS e I. PILOT. *Jour. A. M. A.*, 16 settembre 1922).

La loro associazione in varie condizioni normali e patologiche è così frequente che si è discusso se non fossero due fasi di uno stesso organismo.

Davis nel '914 descrisse i cosiddetti granuli actinomicosimili nelle tonsille umane. Si trovano inoltre il 30 % delle tonsille asportate, spesso bilateralmente. Sono piccoli, grigiogialli, di cattivo odore, giacciono nelle cripte, mai nel tessuto proprio: nelle sezioni appaiono composti di filamenti raggiati, terminati da ingrossamenti a forma di spazzolino da provette. In essi si trovano bacilli fusiformi, spirochete, e cocchi. I bacilli fusiformi si possono ottenere in cultura pura in anaerobiosi, e sono gram negativi; le spirochete sono grandi, simili allo s. refringens, o sottili, gram negative; i cocchi sono generalmente forme diplococcoidi e streptococchi, gram positivi; talvolta crescono bene in anaerobiosi. I filamenti centrali dei granuli sono gram negativi: appaiono segmentati: non si riesce a coltivarli.

Secondo gli AA. i bacilli fusiformi potreb-

bero essere una fase di questi organismi complessi, e forse la spora, sorta dalle clave.

Nelle vegetazioni adenoidi questi granuli non si trovano. Granuli molto simili si trovano nel tartaro dentario: le spirochete ivi contenute furono dapprima chiamate leptotrix, e sono tra i primissimi germi osservati al microscopio (Loewenhoek, 1683).

Un terzo habitat del fusiforme e delle spirochete sono i genitali, smegma prepuziale nei maschi, smegma clitorideo nelle femmine. Si trovano ivi nel 50 % dei casi, specialmente nelle persone poco pulite. Sono associati spesso a stafilococchi, talvolta a streptococchi emolitici, a coli, a difteroidi. Forme filamentose o granuli ivi non furono visti. In anaerobiosi si coltivano forme lunghe e corte di bacilli fusiformi. Le spirochete sono di forma varia, grossolane o fine. Noguchi ne ha coltivate tre, s. refringens, tr. colligyrum, tr. minutum.

Nell'intestino furono trovate spirochete (Bizzozero) ma è dubbia la presenza del fusiforme. È frequente l'associazione fuso-spirillare nelle lesioni necrotiche e putride della bocca e del faringe. Si trova classicamente nell'angina di Vincent, associata spesso allo streptococcus viridans, però nell'essudato non si osservano granuli actinomicosimili.

Si trova pure nella gengivite acuta ulceromembranosa (Tunnicliff); si trova nel noma, nel quale una lieve lesione della mucosa è la porta d'ingresso, mentre l'indebolimento organico favorisce il propagarsi dell'infezione, che generalmente insorge dopo il morbillo, o altre malattie infettive debilitanti; ivi però si trovano granuli. Nell'essudato della faringomicosi si trova pure l'associazione fuso-spirillare; mancano i granuli, ma l'osservazione a fresco in glicerina rivela dei filamenti simili per disposizione e forma a quelli dei granuli.

Nella piorrea alveolare costantemente, nella stomatite mercuriale, e nella scorbutica si trovano spesso b. fusiformi, spirilli e cocchi. Tutti questi si trovano anche talvolta nella polmonite e bronchite putrida e nella cancrena polmonare: l'odore dello sputo è sui generis, differente da quello degli ascessi da coli o da piocianeo. L'infezione fuso-spirillare può sovrapporsi ad una precedente tubercolosi polmonare. La spirocheta di Vincent sembra differente dalla spirocheta di Castellani, che dà la spirochetosi broncopolmonare trofica; in questa malattia lo sputo è fluido, di odore non cattivo.

Altre forme nelle quali si trova l'associazione fuso-spirillare sono l'otite media putrida, le infezioni cancrenose da ferite prodotte dai denti, le balaniti erosive e cancrenose; in tali circostanze, come in tutte le infezioni fuso-spirillari, giova il salvarsan. L'associazione fuso-spirillare fu talvolta osservata in appendici cancrenate.

I conigli inoculati nella pleura con macerazioni di alcuni granuli actinomicosimili sono morti in 6-10 giorni con pleurite putrida: secondo gli AA. i cocchi consumerebbero l'aggressione, e i fusospirilli determinerebbero la necrosi putrida: non sono stati fatti esperimenti con culture pure.

Riguardo alla profilassi gli AA. raccomandano la frequente detersione o disinfezione dei denti e della gola, nonchè dei genitali: la circoncisione sarebbe poi, per la profilassi delle infezioni prepuziali, un rimedio radicale.

DORIA.

IGIENE.

La rabbia.

L'endemia rabica ha subìto durante e dopo la guerra una notevole recrudescenza, anche in paesi che, come l'Inghilterra, erano riusciti a liberarsi del tutto da questa malattia; in Italia ciò è dimostrato dall'aumento del numero delle persone ammesse negli Istituti antirabici che da una media di circa 5000 all'anno, sono salite a circa 8000, nonchè dall'aumento nel numero dei morti che si è quasi raddoppiato. Esistono tuttora su questa impressionante malattia numerosi pregiudizî ed idee poco chiare, per cui riteniamo utile riassumere brevemente una serie di lucidi articoli che il prof. V. Puntoni, direttore dell'Istituto antirabico di Roma ed appassionato studioso dell'argomento, ha pubblicato nell'*Umbria medica*, e che ora appaiono riuniti in un opuscolo. È soprattutto importante che il medico, oltre ad avere le necessarie nozioni, tenga sempre presenti le norme che devono regolare la sua condotta in caso di morsicature di animali rabbiosi; egli in molti comuni è il solo competente e, dal suo modo di agire pronto e rispondente allo scopo, può dipendere la salvezza ed il benessere dei morsicati.

La massima percentuale di animali rabbiosi è data dai cani (95 %), vengono in seguito i gatti (2-3 %) e poi gli altri animali domestici (bovini, equini, ovini, suini). Svariate sono le forme con cui si manifesta la malattia; è anzitutto importante far rilevare che l'idrofobia, tanto spaventosa nell'uomo, non si osserva negli animali; va quindi combattuto il pregiudizio secondo cui un animale che beve non è rabbioso. Nella tipica rabbia

furiosa, il cane cambia improvvisamente carattere, viene preso poi da agitazione e da tendenza a fuggire; si manifesta in seguito il periodo di furia, con particolare espressione dell'occhio, voce rauca e lamentevole, bava filante. Spiccata è allora la tendenza a mordere, per cui esso si avventa contro tutti ed anche rode gli oggetti inanimati. Lo spasmo faringo-esofageo gli impedisce di deglutire, frequenti sono i pervertimenti dell'appetito ed i fenomeni di gastro-enterite con vomito e diarrea, che sogliono trarre in errori diagnostici. La morte avviene in un accesso di furia o, più spesso, dopo dimagramento e paralisi; la durata media è di 4-5 giorni. Nella forma paralitica si hanno paresi, dapprima localizzate al treno posteriore ed alla mascella inferiore, poi diffuse; il cane si apparta e non tenta di offendere, e causa eventualmente solo ferite minime. In qualche raro caso, si hanno attacchi di epilessia o di apoplessia, e la diagnosi può farsi solo con l'esame della testa. Si hanno assai spesso forme miste.

Nel gatto la rabbia si manifesta di solito in forma paralitica, con tendenza ad appartarsi, talora si ha però la rabbia furiosa. Negli equini si ha dapprima agitazione, forte esaltazione dell'eccitabilità riflessa; l'occhio è angosciato, l'alimentazione impossibile per lo spasmo faringeo; il punto della morsicatura è sede di prurito; si hanno poi terribili accessi furiosi. Questi si osservano pure negli ovini, nei suini e nei bovini, i quali ultimi manifesterebbero pure irritazione del collo vescicale e coprostasi.

Negli animali il periodo di incubazione è in media di 20-60 giorni (talora 8-10, tal'altra prolungato ad un anno); l'infettività dell'animale si stabilisce qualche giorno prima dell'inizio della malattia. La rabbia dell'animale non è fatalmente mortale, la morbilità è assai varia.

Nell'uomo, il periodo di incubazione è in media di 40 giorni, ma può prolungarsi ad un anno e mezzo, od arrivare ad un minimo di 12 giorni. L'innesto del virus non produce fatalmente la rabbia, questa però, una volta manifestatasi, è sicuramente mortale in 3-12 giorni, per lo più con i sintomi angosciosi dell'aero- ed idrofobia; raramente si ha la forma paralitica.

Quando si verifica il caso di morsicature da parte di animali, si deve anzitutto stabilire se l'animale sia o no rabbioso. A tale scopo è necessario non già uccidere l'animale, ma tenerlo in osservazione; basta in generale un periodo di una diecina di giorni, durante i quali, se il cane ammala con sintomi sospetti, si impone la vaccinazione. Quando il cane è morto, oppure è stato ucciso perchè non è stato possibile catturarlo, si farà l'invio della testa all'Istituto antirabico; nell'inverno si può anche inviare tutta la testa, avvolgendola in un panno imbevuto di acido fenico al 3 % e racchiudendola in una cassetta di legno, ripiena di segatura o polvere di carbone. Nella stagione calda, si estrarrà la massa cerebrale, evitando di spappolarla, dopo aver aperto la scatola cranica; gli emisferi cerebrali, avvolti in garza, si immergono in alcool (anche denaturato), dei pezzetti di cervelletto e di bulbo si introdurranno in un vasetto con glicerina purissima. Il solo esame della massa cerebrale non è sufficiente per una diagnosi sollecita di rabbia, poichè la mancanza dei Corpi di Negri non basta per escludere la rabbia, mentre per la prova biologica occorrono almeno due mesi; da ciò la necessità di tenere in osservazione, quando è possibile, il cane.

Il trattamento di scelta della ferita è la cauterizzazione, fatta possibilmente col termocauterio; essa è però inutile se sono trascorse molte ore; può essere utile il nitrato d'argento ed anche l'ammoniaca. Fra i disinfettanti è consigliabile la tintura di jodio, e così pure il sublimato, ma non l'acido fenico; anche il succo di limone avrebbe qualche efficacia.

Per quanto riguarda la vaccinazione, è consigliabile praticarla subito, quando si tratti di morsicature molto gravi e per tutte quelle della testa; essa va sempre consigliata quando il cane sfugge o viene ucciso, oppure ammala entro i dieci giorni dalla morsicatura; se invece in questo periodo il cane rimane del tutto normale, il morsicato può essere senz'altro tranquillizzato.

La profilassi va attuata soprattutto con lo sterminio dei cani erranti ed irregolari, scopo che si potrebbe raggiungere ricorrendo al vecchio sistema della polpetta avvelenata con stricnina. L'osservazione dell'animale sospetto va prolungata per sei mesi; l'eventuale utilizzazione alimentare degli animali agricoli è permessa, purchè abbattuti entro gli otto giorni dalla morsicatura. L'A. si diffonde poi sul metodo delle vaccinazioni, che dànno risultati soddisfacenti e che col metodo dell'A. stesso, riducono la mortalità quasi a zero, evitando inoltre ogni complicazione.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA.

Agostino Bassi.

Mentre il mondo scientifico riconoscente tributa ben meritati onori al genio di *Luigi Pasteur* in occasione del centenario della sua nascita, è doveroso per noi Italiani rievocare la illustre figura del nostro *Bassi*, suo precursore e fondatore della dottrina parassitaria delle malattie contagiose.

Agostino Bassi, da Lodi (1773-1856) seguace dello Spallanzani, insigne medico, decorato della Legion d'onore da Luigi Filippo, ci diede nel 1835 la prima dimostrazione scientifica della causa microbica di una malattia contagiosa colla scoperta di un fungo parassita, che in suo omaggio fu poi detto «*Botrytis Bassiana*», agente specifico del *mal del segno* o *calcino*, malattia parassitaria del bombice del gelso.

Nelle sue memorie pubblicate in Lodi nel 1835-36 «Del mal del segno, calcino, muscardino» con rigore scientifico, ammirevole pei suoi tempi, dimostrò che tale malattia era dovuta alla trasmissione ai bachi sani di questo micromicete per contatto diretto cogli ammalati, con oggetti infetti o cogli alimenti.

Ne studiò la struttura e scrisse magistralmente il primo capitolo di morfologia dei microrganismi, indagò la resistenza di tale parassita agli agenti fisici e chimici e pubblicò nel 1851 «Il miglior modo di prevenire e curare il *calcino*».

È importante ricordare con nostro legittimo orgoglio, che non isfuggì al *Bassi* la grande importanza, che la sua scoperta doveva avere nel campo della patologia umana, nè la «nuova luce», che doveva apportare alla «dottrina dei contagi in generale».

Nella sua ultima pubblicazione, resistendo sempre alla lotta ed agli scherni dei vitalisti e di altre scuole allora dominanti in medicina, egli recisamente affermava «il grande vantaggio, che ci apporta la preziosa conoscenza, scaturita dalla stessa scoperta sulla natura del calcino, cioè, che tutti i contagi, nessuno eccettuato, sono prodotti da esseri parassiti vegetali ed animali».

Le pregevoli memorie di Bernardino Silva e di Calandruccio di Catania, a cui rimando i lettori per maggiori dettagli, hanno messo in giusta evidenza il merito del nostro *Bassi*, obliato dagli stranieri e purtroppo anche da noi.

Grotte, 1923.

Dott. G. E. INGRAO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. S., Sondrio:

Un trattato nel senso da lei richiesto che riguardi esclusivamente la cura della tubercolosi polmonare non esiste: esistono articoli numerosi e ogni trattato di fototerapia le darà indicazioni per l'uso della lampada di quarzo. Nell'opuscolo annesso all'istruzione della lampada ella troverà riassunti alcuni dei più importanti se non recenti articoli sull'uso della lampada (Krüger, Vulpius, ecc.) nella tubercolosi polmonare.

La lampada di quarzo nella tubercolosi polmonare può essere associata alla radioterapia che oggi sta prendendo piede specie all'estero. Essa può essere usata per applicazioni sulla milza o per irradiazioni generali che precedono e seguono la cura X.

MILANI E.

Liquore e tavolette di Uzara. — Al dott. N. Serra da Concordia Sagittaria:

Trattasi di una pianta che cresce spontaneamente in Affrica ed è usata dagli indigeni come antidiarroico ed antidissenterico. Il principio attivo è l'*Uzaron* di cui il liquore contiene il 4 %, le tavolette g. 0.02 l'una. Le dosi sono del liquore: 30 goccie, delle pastiglie 1-3 (nei bambini ½-1). Non dà stitichezza e si è mostrato utile come calmante nella dismenorrea.

Per averlo si rivolga a qualche Casa di preparazioni farmaceutiche, in grande, od a grandi farmacie che tengono prodotti esteri.

fl.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SFAMENI P. *La rivoluzione funzionale utero-ovarica.* — Pavia, Tip. Coop., 1922.

TRON G. *Sul reperto dei «corpi di Amato» nel sangue degli scarlattinosi.* — Siena, Tip. Arti Graf. S. Bernardino, 1922.

VENERONI GIUSEPPE. *La cura della tubercolosi col nuovo sistema Tonta dell'ionizzazione elettrica diretta ad alto potenziale.* — Milano, Tip. Angela Volonté, 1923.

ID. *Contributo alla terapia dei tumori benigni e maligni con Radium ad alte dosi.* — Milano, Tip. Angelo Volonté, 1923.

ID. *Nuovi orizzonti della terapia colla Radium-elettroionizzazione dei medicamenti e delle acque.* — Milano, Tip. Angela Volonté, 1923.

VACCAREZZA RAUL. *Pancreatitis urliana.* — Buenos Aires, E. Spinelli, 1923.

ID. *Chilomastix mesnili.* Buenos Aires, E. Spinelli, 1923.

ID. *Poradenitis inguinal subaguda.* — Buenos Aires, E. Spinelli, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

LI. — Norme e criteri circa i verbali delle Commissioni per concorsi sanitari.

Segnaliamo due recentissime decisioni della IV Sezione del Consiglio di Stato concernenti i verbali delle Commissioni giudicatrici dei concorsi sanitari.

1. Nel primo caso (*ricorso Nicoletti contro Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma e contro Dominici, Egidi, Antonucci, decisione* 17 *agosto* 1923), il ricorrente lamentava che «nell'esame dei titoli la Commissione aveva omesso di formulare i criteri obbiettivi per la valutazione di essi».

In rapporto a questa doglianza, la IV Sezione ha considerato che «mentre risultava essere stati stabiliti i principi generali ai quali doveva informarsi la votazione, non furono poi in alcun modo indicati nel verbale i criteri adottati». Ora, ha soggiunto la IV Sezione: «è cosa indubbia che dal momento che «la Commissione ritenne opportuno di stabi«lire i criteri generali da seguirsi nella valu«tazione dei titoli, i criteri stessi dovevano «farsi risultare dal verbale; imperocchè, come «viene esplicitamente disposto nell'art. 45 del «regolamento, nei verbali devono registrarsi «le deliberazioni della Commissione e le ope«razioni di esame. Ora, le deliberazioni sono «costituite principalmente dal dispositivo e «nella specie il dispositivo di una delibera«zione che concerneva i criteri della valuta«zione dei titoli non poteva non consistere «appunto nella indicazione dei criteri adot«tati».

Tale indicazione tanto più era necessaria — è detto nella decisione — in quanto l'articolo 42 del regolamento stabilisce anch'esso alcuni criteri da osservarsi dalla Commissione per la valutazione dei titoli e quindi era necessario ai fini della legittimità delle operazioni decidere anche se i criteri adottati erano in armonia con quelli regolamentari.

Siffatta omissione, ha concluso la Sezione, costituisce nullità degli atti del concorso.

2. Nel secondo caso (*ric. Basile, Laurenti ed altri contro Pio Istituto S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma e contro Ficacci, Pontano ed altri, decisione* 17 *agosto* 1923) si faceva questione analoga, per il concorso a medico primario.

Questa decisione contiene più ampia trattazione circa gli elementi che sono necessari e sufficienti alla regolartà dei verbali, anche da un punto di vista generale. Crediamo, quindi, utile riportarne la motivazione giuridica:

«Maggior valore hanno invece le censure «dei ricorrenti sul contenuto dei verbali. In «questa parte, nel determinare cioè che cosa «i verbali debbano contenere perchè non ne «derivi l'annullamento del concorso, bisogna «guardarsi da esagerazioni.

«All'uopo occorre tener presente lo scopo a «cui serve la compilazione dei verbali o, per «lo meno, di una relazione da cui risultino «le operazioni della commissione giudica«trice.

«Fuori dubbio è infatti che tutto quanto è «indispensabile perchè un atto adempia al «suo scopo è elemento sostanziale dell'atto «stesso, e quando manchi importi come ne«cessaria conseguenza la nullità dell'atto. «Ora, lo scopo precipuo di quel documento è «di rendere possibile quel controllo di legit«timità unica, spesso importante garanzia, «che rimane ai concorrenti in una materia in «cui tanto libero campo deve pur lasciarsi al«l'apprezzamento, e quindi tanta è inevitabil«mente la possibilità di arbitri e di favoriti«smi. Per quanto si riferisce a questo apprez«zamento, il quale non è soggetto a sinda«cato, basta che dagli atti del concorso risul«ti che esso sia stato espresso nella forma «prescritta, in generale, e nella specie attuale «mediante la assegnazione di punti, perchè, «salvo speciali disposizioni in proposito, non «si può esigere di più. Certo, anche in man«canza di un sindacato di merito obbligare il «giudice a motivare il suo apprezzamento è «sempre una garenzia, ma dall'un canto, per«chè questa motivazione potesse avere un va«lore completo dovrebbe essere quella del vo«to di ciascun giudice, perchè se è possibile «mediante una operazione aritmetica, coi voti «individuali formare il voto collettivo della «commissione, può non essere possibile fon«dere in una motivazione collegiale i motivi «forse diversissimi dei singoli giudizi; dal«l'altro canto la motivazione e quindi l'indi«cazione del singolo voto, non è conforme al «principio prevalente nella nostra prassi am«ministrativa, che in materia di persone cre«de meglio garentire l'indipendenza del giu«dice facendo conservare il segreto del suo «voto (nella specie il regolamento prescrive «il voto palese ma solo in rapporto all'esame) «ma ad ogni modo non basta che qualche «cosa costituisca una maggiore garanzia, per«chè possa considerarsi come elemento sostan«ziale, e quindi anche nel silenzio della nor«ma regolatrice, servire di base a un motivo «di nullità.

«*Ma quando si è fuori del campo dell'ap«prezzamento individuale, quando vi sono nor«me precise di regolamento o di bandi da os«servare, quando per l'applicazione di queste «norme, possono essere state necessarie deli«berazioni collegiali, e a maggiore ragione «quando risulti che queste deliberazioni vi «siano state, in tutta questa parte che è ma«teria di controllo giurisdizionale gli atti del «concorso devono fornire elementi concreti.*

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

« Non basta invocare l'asserita presunzione di « legittimità degli atti amministrativi, perchè « a parte il vedere se questa presunzione pos- « sa applicarsi agli atti di una commissione « giudicatrice di concorso, essa non significa « in ogni caso, mai, che nei preliminari del- « l'atto si sia autorizzati a sopprimere tutto « quanto possa servire a sostituire alla sem- « plice presunzione la certezza di quella legit- « timità.

« *Non basta una semplice clausola di stile « la quale affermi che le norme regolatrici del « concorso furono osservate;* una clausola di « questo genere prova una cosa sola, e sareb- « be ingiurioso supporre il contrario, che la « commissione crede di osservarle; ma il con- « trollo giurisdizionale tende ad accertare se « eventualmente siasi ingannata, se le abbia « male interpretate e male applicate ed è es- « senziale che non manchino gli elementi che « questo possa farsi.

« Nel caso concreto la commissione giudica- « trice aveva un primo compito: il giudizio sui « titoli. Per quanto i titoli non offrano una « importanza preponderante, in quanto per es- « si ciascun commissario dispone di soli due « voti di fronte a dieci a sua disposizione, « tre per la prima prova di esame e cinque « per la seconda, non è men vero che anche « per i titoli il regolamento contiene una di- « sposizione specifica così concepita: « art. 42: « i titoli da valutarsi nel concorso di primario « e di aiuto sono di servizio o carriera e scien- « tifici. Tra i titoli di servizio o carriera hanno « ragione di preferenza quelli che si riferisco- « no al servizio prestato negli ospedali riuniti « di Roma o in qualsiasi altro istituto scien- « tifico o ospitaliero. Costituiscono titoli scien- « tifici le pubblicazioni di medicina e chirur- « gia, fra le quali saranno tenute in special « conto quelle attinenti alla natura dei posti « per cui è bandito il concorso. Non sono titoli « validi le pubblicazioni o le parti di esse pub- « blicate dopo la scadenza del concorso. I la- « vori eseguiti in collaborazione con altri non « possono essere tenuti in considerazione, se « non quando risulti chiaramente distinta la « parte spettante al candidato ». Il regolamen- « to contiene anche una disposizione sul con- « tenuto dei verbali così concepita: « art. 45; « di tutte le operazioni dell'esame e delle deli- « berazioni prese dalla commissione si deve « redigere giorno per giorno il processo ver- « bale che deve essere sottoscritto da tutti i « commissari e dal segretario e trasmesso al- « l'amministrazione ».

« Nella specie il verbale dell'adunanza in cui « la commissione si occupò dei titoli e votò sui « medesimi non contiene che questo: « Tutti i « commissari dichiarano di avere personalmen- « te esaminati i titoli dei concorrenti e di es- « sere in grado di esprimere su ciascuno di « essi il loro giudizio. La Commissione procede « pertanto ad un particolare scambio di idee « sui vari titoli, non tenendo conto per quanto « riflette i titoli scientifici di quelli non costi- « tuenti pubblicazione ai sensi dell'art. 42 del « regolamento ». *Per quanto sia grave annul- « lare un concorso di cui il risultato finale « nulla dimostra non essere conforme a giu- « stizia,* è impossibile ammettere che questo « basti. I ricorrenti lamentano che il verbale « non contenga l'elenco dei titoli di ciascun « concorrente. L'amministrazione ha prodotto « gli elenchi presentati dagli stessi concorren- « ti. Ciò non risolve la questione. *L'esistenza « negli atti degli elenchi non fornisce quella « garenzia che può derivare dalla loro trascri- « zione nel verbale.* Ma ad ogni modo non è « questo il punto sostanziale. Può anche am- « mettersi che per quanto riguarda l'apprez- « zamento in merito dei titoli il verbale con- « tenga quanto occorre; può darsi anche che « contenga più di quanto occorre, perchè non « essendo prescritto che all'assegnazione dei « punti precedesse una discussione collegiale, « l'accenno al seguito scambio di idee avrebbe « potuto mancare. Ma dove la deficienza è in- « negabile è per tutto quanto in correlazione « all'art. 42 del regolamento e per la sua esat- « ta applicazione spettava non all'apprezza- « mento dei singoli, ma doveva essere oggetto « di deliberazione del Collegio. In relazione al- « le norme specifiche di quell'articolo spettava « alla commissione fare una cernita dei titoli « presentati, decidere quali titoli potessero es- « sere presi in considerazione, quali no, quali « secondo quell'articolo avrebbero ragioni di « preferenza. Delle deliberazioni prese in pro- « posito e che avrebbero potuto costituire og- « getto del controllo giurisdizionale, avrebbe « dovuto il verbale contenere una menzione « precisa se non per di più una motivazione.

« Lo dice l'art. 45 del regolamento e si do- « vrebbe ammettere ancora che mancasse una « esplicita disposizione. L'accenno del verbale « che in quanto ai titoli scientifici non si ten- « ne conto di quelli non costituenti pubblica- « zioni ai sensi dell'art. 42 del reg., fa rite- « nere che una deliberazione fu presa in pro- « posito. Ora non può dirsi che essa sia rife- « rita in verbale, e non vi è certo modo di « controllarne la legittimità quando non si di- « ce se e quali titoli siano stati esclusi ma vi « è anche qualche punto su cui pure una de- « liberazione vi fu senza che ne sia stato fatto « alcun cenno in verbale, o avrebbe dovuto « esservi. Basta accennare come fanno i ricor- « renti alle libere docenze: esse non potevano « essere considerate come titoli scientifici per- « chè il regolamento considera tali le sole pub- « blicazioni. Poteva sostenersi che non potes- « sero considerarsi nemmeno come titoli di « carriera e che il regolamento abbia voluto « tener conto della carriera di medico o di « chirurgo, non di quella di insegnante.

« Ha la commissione risoluto il dubbio? In che senso? Lo si ignora ».

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

Per temporaneo impedimento dell'incaricato dell'esame delle domande concernenti la *Cassa Pensioni,* siamo costretti a ritardare le risposte, *limitatamente alle domande stesse,* le quali per altro non hanno carattere d'urgenza. Tutti gli altri quesiti continuano ad essere esaminati con la consueta sollecitudine.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BIELLA. *Ospedale degli infermi.* — A tutto il 15 ottobre 1923 è aperto il concorso al posto di Dirigente i gabinetti di fisioterapia. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

CASTIGLIO, ORNICA, VALTORTA (*Bergamo*). — Lire 6500 per 150 poveri; uff. san. L. 500; trasporto L. 2500; disag. resid. L. 2600; ambulat. L. 300; primo caro-viv. Scadenza 15 settembre.

CUMIGNANO e TICENGO (*Cremona*). — Condotta consorziale. Estensione km. 14, abitanti 2000, poveri 1200. Residenza Ticengo. Stipendio iniziale lire 7750 con aumenti periodici fino al 50 % in 20 anni; cura poveri L. 2400; uff. san. L. 500; trasp. senza obbligo cavalcatura L. 1500; indenn. c.-v. Capitolato tipo provinciale. Documenti di rito al Presidente del Consorzio, Giovanni Arrigoni, in Ticengo. Obbligo di prendere servizio entro due mesi dalla nomina. Scadenza 30 settembre.

FORENZA (*Basilicata*). — Medico condotto residenziale. Stipendio L. 5000 lorde fino a trecento poveri, con addizionale di L. 10 per ogni povero in più; sei quadrienni. Obbligo di tutte le visite necroscopiche e delle vaccinazioni. Documenti di rito non anteriori a sei mesi. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla nomina. Scad. 30 settembre.

GERACI SICULO. — Concorso a due posti di medico condotto. Stipendio L. 6000. Scad. 20 sett.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — I concorsi ai posti di dirigenti, vice-dirigenti e assistenti di Ambulatorî, di cui abbiamo dato notizia (fasc. 24), sono prorogati al 31 ottobre.

PERUGIA. *Ospedale Civile.* — Assistente Sezione chirurgica. L. 4000 annue, alloggio nell'Ospedale, vitto e L. 15 per ogni giorno di guardia. Certificati di rito, ed inoltre stato di servizio militare, e dichiarazione di non coprire ed obbligazione di non assumere altri uffici incompatibili con i servizi dell'Ospedale. Servizio di guardia a turno, medicheria ed ambulatorio. Nomina per due anni; assunzione servizio 10 giorni dopo la nomina. Scadenza 30 settembre.

PRAGELATO (*Torino*). — L. 5000; uff. san. L. 500; bicicletta L. 500; alloggio L. 500. Scad. 15 sett.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 novembre avrà inizio un corso per aspiranti a tenente medico in S. A. P. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — È indetta una sessione di esami di idoneità per medico di bordo. Domande e docum. entro 15 ottobre. V. fasc. 28.

SANT'ORESTE DEL MONTE SORATTE (*Roma*). — Scad. 10 sett. L. 9000 fino 2000 ab. pov. L. 1.50 per ogni povero in più. Una ind. c.-v. L. 300 uff. san. e L. 600 tenuta armadio farmaceutico. Aum. decimo fino 5 quadrienni.

Diffide e boicottaggi.

Diffide: revocate le diffide di Cesena, Camporosso (Porto Maurizio) per intervenuto accordo.

La Sezione di Novara diffida il concorso di Recetto per insufficienza di stipendio, il titolare avendo dato le dimissioni rimanendo sul posto.

Revoca di boicottaggi: Tonco (Alessandria) e Caccuri (Catanzaro) per intervenuto accordo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'insigne Accademia di medicina di Lipsia ha conferito ad unanimità e dietro proposta dei grandi Clinici Strümpell e Bumke il titolo di socio onorario straniero dell'Accademia stessa al prof. G. Mingazzini dell'Università di Roma.

È questa un'onorificienza che la suddetta Accademia ha concesso fin ora a pochi stranieri e quindi tanto più vive sono le congratulazioni da parte del *Policlinico*.

Il dott. Vincenzo Bellinzi di Cirò (Catanzaro) ha ottenuto a pieni voti la libera docenza in Patologia speciale chirurgica presso la R. Università di Napoli. Con decreto ministeriale 18 giugno c. a. è stato abilitato all'insegnamento.

A Roma ha conseguito la libera docenza in Materia Medica e Farmacologia il dott. Pietro Di Mattei, aiuto in quella Università.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di aprile 1923.

MALATTIE	2-8 aprile		9-15 aprile		16-22 aprile		23-29 aprile		30 apr. 6 mag.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	164	1325	169	1233	228	1433	219	1678	210	1326
Scarlattina . .	71	200	81	185	94	229	88	203	68	170
Vajuolo e vajoloide. . . .	1	1	6	6	3	4	5	7	5	7
Tifo addominale	71	119	89	134	76	102	72	112	65	109
Difterite e croup	130	196	128	188	129	189	122	182	93	139
Meningite cerebro-spinale. .	3	3	13	15	14	14	9	9	5	5
Dissenteria . .	1	1	2	2	1	1	—	—	—	—
Tifo petecchiale. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso di Medicina Interna.

(*Roma, 24-26 ottobre*).

La Segreteria del Congresso raccomanda vivamente che le comunicazioni vengano inviate al più presto possibile.

XIV Congresso della Società italiana di Ortopedia.

Avrà luogo in Roma il 23 ottobre e seguenti. (Vedi fasc. 31).

Scuola di Odontoiatria e Protesi Dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni dei Medici-chirurgi al corso annuale 1923-1924, pel conseguimento dei diploma di perfezionamento in Odontojatria e Protesi.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti, e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bologna, o presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le Malattie della bocca, via S. Vitale, n. 59 - Bologna (13), nei locali del quale ha sede la scuola.

Corsi di perfezionamento a Berlino.

Avranno luogo nel prossimo ottobre, e comprenderanno tutti i campi della medicina. Particolare attenzione viene richiamata sul corso speciale che tratta dell'importanza della diagnostica cardiologica in medicina interna.

Per le informazioni rivolgersi alla « Geschäftstelle der Dozentenvereinigung. Berlin NW 6. Luisenplatz 2-4 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Corso di perfezionamento in dermatologia e sifilografia.

Si terrà a Parigi all'Ospedale Saint-Louis, sotto la direzione del prof. M. Jeanselme. Il corso di dermatologia incomincierà il 5 ottobre, quello di venereologia il 14 novembre. Tassa d'iscrizione (al Segretariato della Facoltà di Medicina, Rue de l'École de Médecine) franchi 150. Per informazioni, programmi, ecc., rivolgersi a M. Barnier, Chef de Clinique à la Faculté, Hôpital Saint-Louis, Parigi.

Scuole per alunni anormali a Napoli.

Sono state annesse in via di esperimento alle Scuole E. De Amicis e G. Bovio, ed hanno accolto 40 alunni, di cui il 70 % era costituito da anormali veri, per i quali è stata chiesta l'istituzione di scuole autonome. I risultati sono stati quanto mai lusinghieri ed incoraggianti. La fondazione e l'organizzazione di tali scuole si devono al fervido apostolato del dott. A. D'Urso coadiuvato da valorosi insegnanti.

Il Centenario della Clinica oculistica di Pavia.

Il 9 luglio p. p. si celebrò in Pavia il primo centenario della Clinica Oculistica di quella Università e contemporaneamente sono state rese solenni onoranze al Direttore della stessa Clinica, il prof. Francesco Falchi, che dopo 35 anni d'insegnamento, lascia la Cattedra per limiti d'età. Fu scoperta una lapide con la seguente epigrafe dettata dal prof. Sanesi:

Nel primo Centenario — della Clinica di questo Ateneo — la Facoltà Medico-Chirurgica — gli Oftalmologi italiani — in memoria — delle passate glorie — ad auspicio — delle glorie future — vollero incisi nel marmo — i nomi — degli insigni Maestri — Antonio Scarpa — Francesco Flarer — Antonio Quaglino — Francesco Falchi.

GIUSEPPE COSCO nacque a Cotrone il 19 marzo 1857. Vinto nel 1873 il concorso per il posto di pensionato della provincia di Catanzaro presso la R. S. S. di Medicina Veterinaria di Napoli, vi si laureò brillantemente nel 1877. Si diede poi alla carriera di veterinario militare, che dovette abbandonare nel 1896 per la malferma salute. Dedicatosi quindi allo studio di laboratorio, entrò nei Laboratorî della Sanità pubblica, ove fu nominato Coadiutore nel 1893. Venne promosso per merito Ispettore centrale, e poi nel 1915, Ispettore generale, carica che Egli tenne fino al collocamento a riposo nel 1922. Fu nominato nel 1919 membro titolare della Società italiana di Medicina veterinaria.

Uomo d'ingegno superiore, di intelligenza vivissima, seppe formarsi una cultura profonda e vasta; nella carriera professionale sempre seppe eccellere. Brillante ufficiale, richiamò l'attenzione dei superiori che lo vollero al Ministero ove lasciò evidenti traccie della sua operosità con pregevoli memorie ed importanti istruzioni di servizio.

Come ricercatore di Laboratorio, portò un importante contributo personale allo studio sull'identità della tubercolosi umana e bovina pubblicando ben cinque lavori in collaborazione coi tecnici del Laboratorio della Sanità, sotto la direzione del prof. Gosio. Infine, dedicandosi allo studio dell'afta epizootica, avuto dalla Direzione generale della Sanità pubblica l'incarico della Direzione della Stazione sperimentale di Poggio a Cajano, pubblicò, in collaborazione col dott. Aguzzi, una prima nota su « *La virulenza del sangue negli animali affetti da afta epizootica* » (1916), ed il lavoro « *Sulla virulenza del sangue dei bovini aftosi e prove di immunizzazione contro l'afta epizootica* » (1917), lavoro sperimentale importantissimo che richiese oltre quattro anni di continue osservazioni ed esperimenti eseguiti su ben 660 bovini, e le cui conclusioni segnano un notevole contributo allo studio dell'assillante questione.

Nè l'attività scientifica del Cosco si limitò ai lavori su citati. Numerosi furono gli studi e le ricerche eseguiti nei 12 anni trascorsi nei Laboratorio Bacteriologico della Sanità. Si può dire che tutte le più gravi epizoozie furono da Lui profondamente studiate; accennerò, dei suoi studi più notevoli, l'aver rilevato fra i primi l'esistenza del virus filtrabile della peste suina e la presenza del

mal rossino in Italia; il suo intervento profilattico in una infezione di peste bovina importata in Italia; lo studio di una epizoozia di febbre della costa da *piroplasma parvum* sviluppatasi in Sicilia, piroplasmosi dominante sulle coste africane e non prima descritta in Italia.

Importanti furono gli incarichi affidatigli oltre le numerose missioni tecniche, portando sempre il suo contributo di competente, di studioso e di sereno ed obiettivo giudizio.

Ben riconobbero le sue magnifiche doti e l'ebbero in stima i suoi superiori dai quali ebbe continui encomi ed alte onorificenze.

Fervido cultore della scienza cui si era dedicato, conscio del reale contributo che la classe veterinaria può dare alla società, con la sua grande competenza ne fu costante assertore, intervenendo nei momenti più critici dell'organizzazione veterinaria alla chiarificazione dei problemi più vitali.

Minato dal male, costretto per il precario suo stato di salute a ritirarsi dalla vita attiva professionale, volle ancora prodigarsi nell'organizzazione di un Laboratorio regionale nella sua Cotrone, presso quella Stazione agraria.

Carattere franco, leale, cuore generoso, aveva un vero culto dell'amicizia. Più che un collega fu un fratello coi suoi collaboratori, un padre con gli inferiori.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 17 mar. — Numero di cardiologia.

Brazil-Medico, 19 mag. — M. O. DE ALMEIDA. Determinazione dell'eccitabilità dell'apparato respiratorio al cor.

Folia Med., 15 mar. — G. GOGLIO. Dissociazione delle ritenzioni biliari nella tbc.

Riv. Ospedal., 30 apr. — R. BOMPIANI. «Distopia renis» causa di grave distocia.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mag. — M. CORACHIAN. Orientazione terapeutica in alcune fratture dell'epifisi inferiore dell'omero. — A. S. NAVARRO. Pseudotubercolosi batteriche.

Amer. Journ. Med. Sciences, mar. — J. A. KOLMER. Per il campionamento della tecnica della fissaz. del complem. nella sifil. — L. KESSEL, C. C. LIEB e H. T. HYMAN. Sindrome di Graves (di Flajani) e sistema nervoso involontario. — W. B. CADWALADER e J. W. MAC CONNELL. I sintomi precoci della sclerosi a placche.

Acta Medica Scandinava. Suppl. IV: K. M. HANSEN. Lo zucchero del sangue; oscillazioni, aumento, distribuzione. — Supp. V: L. BRAHME. L'arsenico nel sangue e sul liq. cer.-spin.

Annales Inst. Pasteur, mag. — C. LEVADITI e S. NICOLAU. Vaccino e neoplasmi. — J. MENDEL L'infezione tubercolare a porta d'entrata dentale.

Prensa Méd. Arg., 30 apr. — B. UDAONDO. La palpazione del piloro normale. — 10 mag. E. ANDRONÉ. Retinite pigmentaria senza pigmento.

Nuova Veterinaria, 15 apr. — F. FAVERO e G. GRIGNAFFINI. Mastite tubercolare e passaggio del bacillo di Koch nel latte.

Giorn. Med. Mil., giu.-lug. — Congresso internaz. di medicina militare.

Radiologia Med., mag. — L. BRUNETTI. Roentgenterapia dei tumori cerebrali.

Lancet, 12 mag. — H. ROLLESTON. La colite ulcerativa.

Annali Ist. Maragl., 10 gen. — I. MENNITI. L'onda di reagibilità cutanea nella tbc. — 15 apr. O. I. SAGGIORO. Sulla proprietà del tessuto sottocutaneo di distruggere il bacillo tbc. — L. SIVORI, U. REBAUDI, I. MENNITI. Sinforeazione ed enzimoreazione nella tbc.

Riv. Sanit. Sicil., 15 mag. — XIV Congresso d'idrologia, climat. e ter. fis.

Brit. Med. Journ., 9 giu. — H. H. DALE. Attività dei capillari in certe forme di tossiemia.

Radiologia Med., giu. — F. SARACENI. Movimenti a bilancia o pendolari persfinterici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 10 settembre 1923 — Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

REPARTO ISOLAMENTO DEL POLICLINICO UMBERTO I diretto dal prof. T. PONTANO, med. primario.

La pressione arteriosa nella scarlattina.

Dott. RAIMONDO DORIA, assistente effettivo.

Dacchè fu introdotto in clinica l'uso dei primi e meno perfetti apparecchi di misura della pressione arteriosa, questa fu esaminata in tutte le malattie con la speranza di trarne criteri diagnostici e prognostici, e particolarmente in quelle nelle quali era da attendersi una alterazione notevole della pressione sanguigna, già attestata del resto dai caratteri del polso, come nelle malattie del cuore, nell'arteriosclerosi, nelle nefriti, nelle malattie infettive che più facilmente ledono il miocardio e il rene. Prima fra queste la scarlattina, che assai spesso è seguita da una più o meno grave glomerulonefrite; e già nel 1873 Galabin con lo sfigmografo notò un aumento della pressione arteriosa nella nefrite postscarlattinosa, osservazione confermata da tutti i successivi autori, con tutti i metodi, quantunque taluni ritengano che questa ipertensione sia tutt'altro che costante (Rolleston, Teissier, Tanon) confondendo, a quanto sembra, le lesioni renali prevalentemente nefrotiche del periodo febbrile e dell'inizio della defervescenza con la vera nefrite postscarlattinosa.

Neu nel 1902, col tonometro di Gärtner, osservò che la tensione arteriosa nella scarlattina si abbassava durante il periodo febbrile, e risaliva in convalescenza. Kolossova (1902), trovò un'elevazione nel periodo eruttivo, seguita da una caduta della pressione, e l'osservazione è confermata da Slatkow (1904) e da Tcherepnin, i quali tutti usarono il tonometro di Gärtner.

Secondo questi AA. col cadere della febbre si abbasserebbe la pressione sanguigna, per risalire durante la nefrite postscarlattinosa, ed abbassarsi di nuovo con la guarigione della nefrite. Una ipertensione nel periodo febbrile osservò pure Federn (1903) con l'apparecchio di V. Basch; il siero di Moser produceva una caduta della pressione, che non si aveva col siero di cavallo normale.

Secondo Weigert (1907) che usò l'apparecchio Riva-Rocci col bracciale stretto, la scarlattina non avrebbe una sensibile influenza sulla pres-

sione arteriosa, poichè le variazioni osservate non eccedevano di solito i 10 mm. Hg.; una lieve ipertensione si manifesterebbe tutt'al più in convalescenza avanzata: una ipertensione notevole ebbe a notare solo durante le gravi nefriti postscarlattinose.

Nobécourt e Tixier, nel 1908, con l'apparecchio di Potain, osservarono di regola un abbassamento della tensione arteriosa nelle prime due settimane, seguito da una riascensione; però qualche volta vi fu lieve ipertensione durante il periodo febbrile, e talora la pressione sanguigna non pareva influenzata dall'infezione. Non variava sensibilmente il comportamento della curva della pressione arteriosa in rapporto col sesso, con la dieta, con la gravità del male. I casi osservati dagli AA. avevano da 2 a 16 anni.

Teissier e Tanon (1908), pure con l'apparecchio di Potain, osservarono negli scarlattinosi adulti (dai 19 ai 25 anni) una ipotensione spesso precoce, talora preeruttiva. Nè la dieta, nè alcuna complicazione, salvo la nefrite, e neppure essa costantemente, erano capaci di modificare la curva. Essi concludono che l'ipotensione nella scarlattina è parallela alla frequenza del polso e alla febbre, e non ha maggiore importanza prognostica.

I. Rolleston, nel 1912, esaminò col metodo Riva-Rocci, usando il bracciale largo 12 cm., 92 scarlattinosi. Ebbe a notare, di solito, nel periodo acuto un'ipotensione, spesso preceduta da una fase d'ipertensione. L'ipotensione era per lo più lieve e di breve durata, meno intensa e meno duratura che nella difterite. Di rado era notevole, perchè solo in sette casi oltrepassò i dieci mm. Hg. Era più frequente e più intensa nei casi gravi. L'ipertensione iniziale viene dall'A. messa in rapporto con la tachicardia febbrile, e con l'emozione per la vista dell'insolito apparecchio: infatti spesso la prima misurazione era la più alta.

Verso la quarta settimana la tensione arteriosa ritornava normale, tuttavia, in un terzo dei casi, restava ancora una lieve ipotensione. Non ebbe mai ad osservare una Mx minore di 80 mm. Hg., eccetto in un caso (di sei anni) che fu di 70 mm.

Le complicazioni non mostravano una sensibile influenza sulla pressione arteriosa, salvo la nefrite. Su 33 nefriti postscarlattinose (delle quali tre appartenenti ai 92 casi accennati) solo in 12 venne osservata una Mx superiore a 110 mm. Hg., e mai oltre 150 mm. Tale ipertensione fu generalmente di non lunga durata; non oltrepassò i 12 giorni. Però Weigert e Hutinel, osservarono nella glomerulonefrite postscarlattinosa pressioni di 170, 190, e perfino 240 mm. Hg.

Da quanto si è esposto appare che non vi è un completo accordo fra gli autori. Mentre tutti convengono che durante la defervescenza la pressione arteriosa è generalmente più bassa del normale, i pareri sono discordi riguardo al periodo eruttivo e alla convalescenza inoltrata. Inoltre tutti hanno misurato, con metodi più o meno attendibili, la sola pressione massima.

Onde contribuire ad una miglior conoscenza dell'argomento e per consiglio del prof. Pontano, primario del reparto, durante parecchi mesi (maggio 1922-gennaio 1923) ho misurato sistematicamente la pressione arteriosa degli scarlattinosi ricoverati nel reparto isolamento del Policlinico. Furono esaminati 67 infermi, di età dai 3 ai 32 anni, salvo due che avevano rispettivamente 16 e 22 mesi. Di questi pazienti 32 erano maschi, dei quali 19 sotto i 15 anni, e 35 erano femmine, delle quali 18 sotto i 15 anni. Mi sono valso dell'apparecchio Riva-Rocci, usando il bracciale di Reklingausen, largo 12 cm., nei pazienti di 15 anni ed oltre, il bracciale largo 8 cm. nei pazienti sotto i 15 anni. Il bracciale fu sempre applicato al braccio. Ho determinato la pressione massima e minima, col metodo ascoltatorio (Korotkow), segnando la massima (Mx) quando, dopo il silenzio ascoltatorio dovuto all'ipercompressione dell'arteria, decomprimendo lentamente si comincia a sentire un lieve rumore sull'omerale subito a valle del bracciale stesso; e segnando la minima (Mn) quando, col graduale procedere della decompressione, si ode una più o meno brusca diminuzione d'intensità dei toni sull'arteria. Questo metodo, come è noto, e come ho potuto controllare in molti casi dà per Mx risultati sensibilmente identici al metodo palpatorio, con una eventuale differenza in più che non eccede di solito 1/2 cm. Hg.; per Mn dà risultati molto prossimi a quelli ottenuti con l'oscillometro del Pachon, quando questo venga usato con l'identico bracciale medesimamente applicato: in una diecina di pazienti (non scarlattinosi) con l'oscillometro ottenni valori identici, o superiori di mezzo cm. circa, a quelli ottenuti col metodo ascoltatorio. La pressione massima segnata è sempre la cosiddetta tensione residuale (Gallavardin), cioè la minima di parecchie determinazioni successive eseguite durante 2-3 minuti, lasciando in posto il bracciale; ciò per ridurre l'influenza dei fattori psichici e vasomotori locali, onde avere dati possibilmente comparabili tra loro.

Mentre negli adulti il bracciale di 8 cm. dà valori di pressione circa 1 cm. più alti del bracciale di 12 cm., nei fanciulli la differenza è generalmente trascurabile, mentre si ha il vantaggio di una maggior comodità di applicazione.

Le misure furono generalmente eseguite sempre alla stessa ora, di solito nelle prime ore del pomeriggio; per alcuni pazienti sempre al mattino. Nello stesso paziente, quando non intervengano particolari circostanze (movimento, digestione, fattori psichici, interventi terapeutici, dolore, ecc.) non si hanno nelle varie ore del giorno differenze di Mx superiori a cm. 1.5 di Hg., come ho potuto osservare in alcuni casi, differenze tuttavia non trascurabili. Ho sempre eseguito le misurazioni sul paziente in posizione orizzontale, in completo riposo da qualche minuto, prima dei pasti: qualche difficoltà ho incontrato nei bambini che non rimanevano sempre abbastanza tranquilli. Mai mi è accaduto che i pazienti si lamentassero di dolore nel punto di applicazione del bracciale, eccetto una sola volta, nè mai la compresssione da esso prodotta provocò ecchimosi, mentre Teissier e Tanon lamentano i citati inconvenienti, che li indussero, a quanto essi affermano, a rinunziare al metodo Riva-Rocci nelle loro osservazioni: ma essi probabilmente adoperavano il primo bracciale Riva-Rocci, largo soli 4 cm. In un solo caso (n. 5) sulla zona compressa compariva un'eruzione morbilliforme che presto si dileguava.

Le misurazioni furono generalmente eseguite a giorni alterni: per qualche caso più interessante furono quotidiane, per alcuni casi furono più distanziate.

Dei 67 casi osservati 14 avevano un decorso grave, per sè o per complicazioni sopraggiunte. In un caso la pressione fu misurata solo durante la nefrite postscarlattinosa. Riguardo alla frequenza delle complicazioni, fu osservata l'albuminuria semplice, talora con cilindruria (lieve nefrosi febbrile) in 12 casi. In 6 si osservò una vera nefrite. Tale dato però non può servire a scopo statistico, perchè molti pazienti, specialmente quelli affetti da forme lievi, uscirono dall'ospedale prima della IV settimana, onde non si è poi potuto sapere se la nefrite sia insorta più tardi.

In tre casi dal tampone faringeo fu coltivato il b. difterico; in tre casi si ebbe sepsi generale streptococcica: due di questi furono fatali, il terzo, sebbene complicato a difterite, dopo un lungo periodo piemico, con manifestazione di ascessi e di localizzazioni articolari multiple, è guarito. In un caso seguì endocardite; in due casi comparve l'eresipela durante la convalescenza, in tre otite media purulenta, in un caso si ebbe uno stato maniacale durato alcuni giorni: trattavasi però di donna già affetta da tare psichiche. Mi corre l'obbligo di avvertire che non ho considerato tutti i casi di scarlattina presenti nel reparto: in alcuni casi, per varie circostanze, non fu potuta eseguire la misura della pressione arteriosa, onde dall'elenco suesposto non si può trarre senz'altro un criterio della frequenza delle complicazioni nel periodo in cui furono compiute le presenti osservazioni.

Come già ebbero a notare i precedenti AA., non ho osservato apprezzabili differenze nella curva di Mx tra i maschi e le femmine della stessa età: Mn si comporta medesimamente.

Non tenendo conto dei casi di nefrite postscarlattinosa, la più alta Mx osservata fu di 130 mm. Hg. che si presentò in quattro pazienti. Però in un caso fu un reperto accidentale in convalescenza avanzata, quando il paziente si era già levato, ed era in preda a forte patema d'animo per una cattiva notizia ricevuta (caso 47); in un altro caso si trattava di una paziente (caso 57) psicopatica, che in convalescenza fu presa da uno stato maniacale, e per la durata di esso (20-31 XII) ebbe Mx sopra 120 ed Mn intorno a 90: non rimaneva tranquilla durante le misurazioni, onde i risultati sono da accettare con riserva. Negli altri due casi (caso 10; caso 3) si ebbe Mx = 130 solo nella prima misurazione, e non è da escludere l'influenza psichica della preoccupazione, perchè la pressione arteriosa si abbassò poi rapidamente: è da notare che la prima misurazione al paziente del caso 3 fu eseguita già in desquamazione, e non v'era albuminuria, non si può quindi pensare ad un'ipertensione nefritica o eruttiva.

Se si considerano come valori normali di Mx, ad 1 anno 80 mm. Hg., a 5 anni 90 mm. a 10 anni 100 mm., e da 15 anni in su 110-120 mm. (Gallavardin) si osserva che di solito la massima Mx notata non ha superato il valore normale della rispettiva età: fanno eccezione la massima parte dei bambini fino a circa sette anni, i quali erano spesso preoccupati per la vista del medico e dell'apparecchio di misurazione, e non rimanevano nella tranquillità richiesta per un'esatta osservazione, onde per parecchi ho dovuto completamente rinunciare all'indagine; fanno anche eccezione pochi altri pazienti di età superiore, nei quali il valore eccedente si presentò alla prima misurazione, ovvero nelle ultime, quando erano già levati di letto. I valori massimi di Mx furono generalmente osservati durante l'e-

santema, però in 21 casi (n. 5-9-11-18-20-36-37-46-47-50-51-54-57-58-59-60-63-64-65-66-67), sempre escludendo le nefriti, furono osservati in convalescenza, talora come elevazione brusca sopra un valore medio più basso, così da far credere ad un'elevazione accidentale, che talvolta accompagnava una complicanza, talora come effetto di una graduale ascesa della pressione arteriosa.

Il valore più basso di Mx osservato fu di 70 mm. Hg., che si ebbe in una paziente di 16 anni (caso 52), affetta da scarlattina gravissima, durante l'esantema. La bambina di 16 mesi (caso 12) ebbe la più bassa Mx di 75 mm.; quella di 22 mesi (caso 18), di 80 mm.

Il valore più alto di Mn osservato, escluse le nefriti, fu di 90 mm. Hg. nella paziente già citata, affetta da forma maniacale. In pochi altri pazienti raggiunse 85 mm., e fu generalmente inferiore a 75 mm.

Il valore più basso di Mn fu di 40 mm. Hg. osservato in due pazienti molto gravi, la già citata (caso 52) di 16 anni, che ebbe la Mx di 70 mm., ed un'altra di 13 anni (caso 55) che aveva anche difterite e setticopiemia, nonchè in un'altra paziente di 12 anni (caso 38) di andamento non grave. Nelle due piccole bambine di 16 e 22 mesi la più bassa Mn fu di 45 mm.

Osservando le grafiche di Mx si nota che in 13 casi (circa il 19 %), presentano una linea equabile, con lievi oscillazioni (n. 7-12-20-25-27-28-31-34-38-39-41-49-62): questi casi sono tutti lievi. In 34 casi (circa il 50 %) vi è una tendenza più o meno accentuata alla discesa di Mx, discesa che generalmente ha inizio nel periodo eruttivo, e si accentua, o si rende manifesta, con la defervescenza e con la desquamazione. Non ho avuto occasione di osservare malati nel periodo preeruttivo. Non è pertanto esatto che vi sia di regola una elevazione eruttiva di Mx, ed una caduta in convalescenza: la Mx in periodo eruttivo è di solito già al disotto del valore normale. In 17 di questi casi la caduta di Mx non superò i 10 mm. (numeri 1-3-4-11-17-21-22-29-32-33-43-45-48-54-55-61-63), non tenendo però conto, per alcuni di essi, di accidentali elevazioni, con le relative depressioni. In 6 casi fu di 15 mm. (numeri 6-15-16-24-40-51), in 6 fu di 20 mm. (n. 13-19-23-37-46-53); in 4 fu di 25 mm. (casi 10-30-35-67); in 1 fu di 30 mm. (caso 52). Alcuni di questi casi con ipotensione più marcata ebbero carattere di gravità: cattivo segno appariva la caduta brusca di Mx.

Di questi casi che presentavano una curva discendente di Mx, parecchi furono potuti seguire a lungo, e si è notata la tendenza a risalire ai valori normali, oltrepassando quindi talora i valori delle prime misurazioni, però talvolta l'ipotensione durava a lungo, e anche dopo quattro settimane la Mx non era tornata al normale.

L'ascesa inizia di rado nelle prime due settimane (casi 24-40-46-52, nel quale si era avuta una forma gravissima, e seguì poi nefrite mortale), ma generalmente entro la terza settimana: talora il ritardo è dovuto a complicazioni, talora non si apprezzano complicazioni particolari (lesioni tossiche o degenerative del miocardio? deficienza surrenale?).

I rimanenti 20 casi presentano una curva di Mx che fin dall'inizio tende a salire. Però, escluse le nefriti, nei rimanenti casi le curve partono da cifre relativamente basse, e poichè mai si è cominciata la misurazione nel periodo preeruttivo, è da credere che in questo periodo, e durante l'inizio dell'esantema, abbia avuto luogo una caduta di Mx, che del resto, nel risalire, non supera di consueto le cifre che in rapporto all'età sono da considerare come normali.

Infatti abbiamo:

Numero d'ordine del caso	Età	Mx iniziale	Mx ulteriori misurazioni
5	9 a.	95	105
18	22 mesi	85	95
20	19 a.	105	110
26	13 a.	90	100
36	10 a.	85	100
42	20 a.	100	120
47	31 a.	100	120
50	33 a.	100	120
57	25 a.	105	130 (mania)
58	13 a.	90	110
59	5 a.	85	105
60	13 a.	85	105
64	16 a.	95	125
65	5 a.	80	95
66	22 a.	90	120

Dunque anche in questi casi vi è ipotensione, iniziata più presto, e di più breve durata.

Le grafiche della pressione minima dimostrano generalmente uno stretto parallelismo con quelle della pressione massima, ma talora presentano una maggiore regolarità. Le accidentalità della curva di Mn hanno scar-

so interesse, isolatamente considerate; hanno valore considerate in rapporto con la relativa Mx, il quale rapporto costituisce la cosiddetta pressione differenziale (P. D.).

In condizioni di normale equilibrio circolatorio la pressione differenziale dovrebbe essere P. D. = $\frac{Mx}{2}$ (Rubino), o un po' minore, P. D. = $\frac{Mx}{2}$ — 10 mm. Hg. (Gallavardin).

Quando supera questi limiti (allontanamento delle curve di Mx e di Mn) si ha la cosiddetta ipotensione diastolica, quando è inferiore (avvicinamento delle curve) si ha la cosiddetta ipertensione diastolica (Gallavardin).

Come è facile intuire, e come è stato notato da tutti gli osservatori, la frequenza del polso influisce sulla P. D., la quale aumenta nella bradicardia e diminuisce nella tachicardia, però tale influenza è assai minore di quanto si verifica in tubi elastici inerti (Gallavardin).

vanno, di regola, allontanando, dal periodo di esantema verso la convalescenza.

Tuttavia non di rado, in convalescenza per un breve periodo si avvicinano, esagerando temporaneamente l'ipertensione diastolica, o creandola (4). Tale condizione è duratura se sopraggiungono complicanze, come nei due casi accennati, uno con endocardite, l'altro con difterite. Questa condizione transitoria coincide non di rado con aritmie, e con una grande limitazione del campo di risposta del cuore, onde ne va cercata la ragione in una debolezza del ventricolo sinistro, debolezza che può manifestarsi quando il convalescente, con qualche fatica fisica, mentale, o digestiva, richiede al cuore uno sforzo, che, quantunque lieve, è però soverchio per un miocardio ancora più o meno leso. Il regolare aumento della P. D. è da porsi in rapporto col diminui-

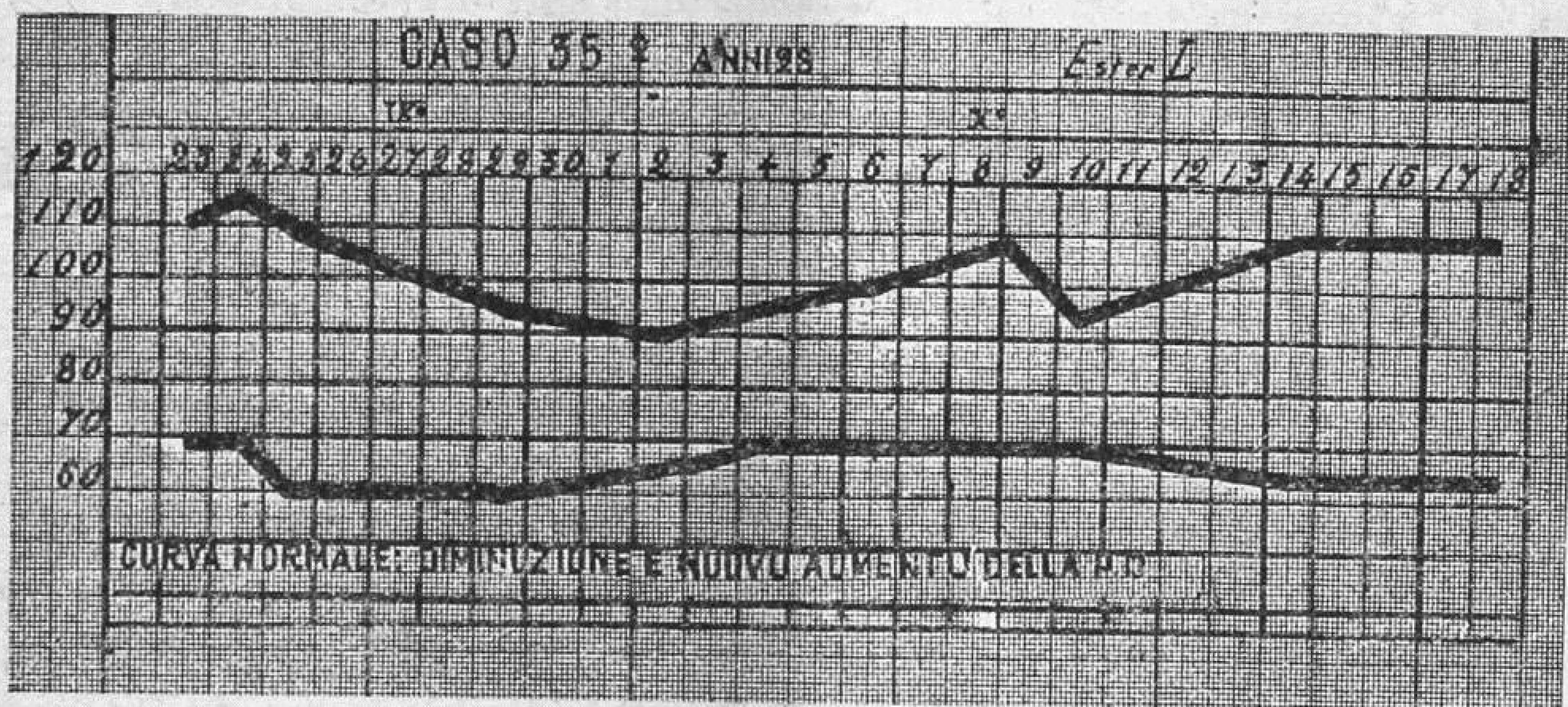


Fig. 1.

In 31 casi la P. D. si è sempre mantenuta circa nei limiti normali (1); in 24 casi per tutta la durata della malattia, compresa la convalescenza, si ebbe ipertensione diastolica di vario grado (2); in 10 casi vi fu ipertensione diastolica all'inizio, e in seguito Mn normale o relativamente bassa (3); in due casi la P. D. era normale all'inizio e diminuì in convalescenza (caso 10: difterite - caso 54: endocardite).

Dall'insieme di tali dati, e dalla diretta osservazione delle grafiche, si deduce che nella scarlattina suole aversi una più o meno evidente ipertensione diastolica, e che la P. D. tende a crescere dalle prime verso le ultime misurazioni.

In altre parole, le curve di Mx e di Mn si

re della frequenza del polso. La tachicardia e la deficienza di contrattilità del miocardio sono la causa dell'ipertensione diastolica, mentre la vasodilatazione periferica tende a pro-

Fig. 2.

durre l'effetto opposto, ma la sua influenza, a quanto appare, è trascurabile.

Le iniezioni di vaccino streptococcico sono

(1) Casi 1, 2, 3, 4, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 48, 51, 53, 56, 61, 62, 64, 65, 67.

(2) Casi 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 20, 23, 24, 25, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 49, 55, 57, 58, 59, 60, 63.

(3) Casi 22, 29, 30, 31, 45, 46, 47, 50, 52, 66.

(4) Casi 2, 15, 24, 35, 36, 37, 39, 40, 47, 51, 56, 57, 59, 61.

state generalmente seguite da un rapido, ma non cospicuo abbassamento di Mx e di Mn (casi 6-11).

Le iniezioni di siero di convalescenti sono state seguite da un abbassamento della pressione arteriosa, talora anche più marcato, ma non sempre (casi 30-37).

In un caso (n. 30), nel quale si era praticata un'iniezione sottocutanea di 20 cc. di siero antistreptococcico, e dopo cinque giorni una di 16 cmc. di siero di convalescente, a distanza di sette giorni dalla seconda iniezione si manifestò un'eruzione da siero, con febbre, e si ebbe una discesa di Mx ma non di Mn, e quindi una diminuzione della P. D.

Le complicazioni suppurative (ascessi, otiti, artrosinoviti) sono generalmente accompagnate da un lieve aumento della pressione arteriosa, in rapporto col dolore che provocano, e forse con la febbre: l'incisione degli ascessi fa nuovamente diminuire la pressione (casi 11, 37, 48, 55).

Negli stati settici gravi la pressione diminuisce notevolmente (caso 52, vedi fig.).

In un caso nel quale si manifestò in convalescenza endocardite mitralica (n. 54) la pressione arteriosa si abbassò alquanto, e la P. D. diminuì sensibilmente, da 40 a 20 millimetri Hg.

L'albuminuria febbrile semplice, eventualmente con qualche cilindro, non sembra influire sulla curva della pressione arteriosa (casi 6, 7, 11, 13, 23, 27, 30, 33, 36, 49, 50, 59).

La difterite apparve come complicanza in tre casi: in uno non influì sensibilmente sulla curva; nel secondo si ebbe un'ascesa di Mn e quindi ipertensione diastolica (caso 10); nel terzo caso (n. 55), nel quale vi era contemporaneamente setticopiemia, la tensione arteriosa si mantenne molto bassa dall'inizio fino alla tarda convalescenza: notevole il fatto che la P. D. si mantenne generalmente proporzionale a Mx.

In un caso (n. 51), d'altronde non complicato, in 18ª giornata circa si manifestò nuovamente un'eruzione scarlattiniforme generalizzata, con stria di Borsieri evidente, e la pressione arteriosa (Mx e Mn) cadde di 15 mm. per risalire dopo quattro o cinque giorni.

L'eresipela, apparsa in due casi (2-45) non modificò sensibilmente la pressione durante l'efflorescenza, ma nel regredire si accompagnò ad ipertensione diastolica.

In uno di questi casi (n. 2) vi era una nefrite che condusse poi a morte il paziente: essa si annunziò con una modica albuminuria accompagnata da una rapida ascesa di Mx e da una ascesa ancora più notevole di Mn. La tensione si mantenne alta fino al periodo preagonico, quando si abbassò di poco. In un altro caso (n. 9) in seconda settimana comparve albuminuria, con ematuria lieve e cilindruria, e contemporaneamente una lieve ipertensione che durò circa 10 giorni. Solo in un caso (n. 52), terminato poi con la morte per uremia, che fin dall'inizio apparve gravissimo, nel quale si coltivò lo streptococco del sangue, un discreto aumento della pressione arteriosa si manifestò prima dell'albuminuria; poichè tuttavia la pressione era discesa a cifre eccessivamente basse (70 mm. Hg.) il suo aumento fino a 90-100 mm. è da porsi piuttosto in rapporto col miglioramento generale che seguì al periodo dell'esantema, e quindi alla diminuita intossicazione del miocardio e dei muscoli vasali: l'ulteriore ipertensione (fino a 150 mm.) si accompagnò dapprima ad albuminuria semplice, poi a cilindruria ed ematuria. Nonostante la tachicardia (120-150) l'ipertensione diastolica era scarsa o nulla, poichè la P. D. si aggirava intorno a 60.

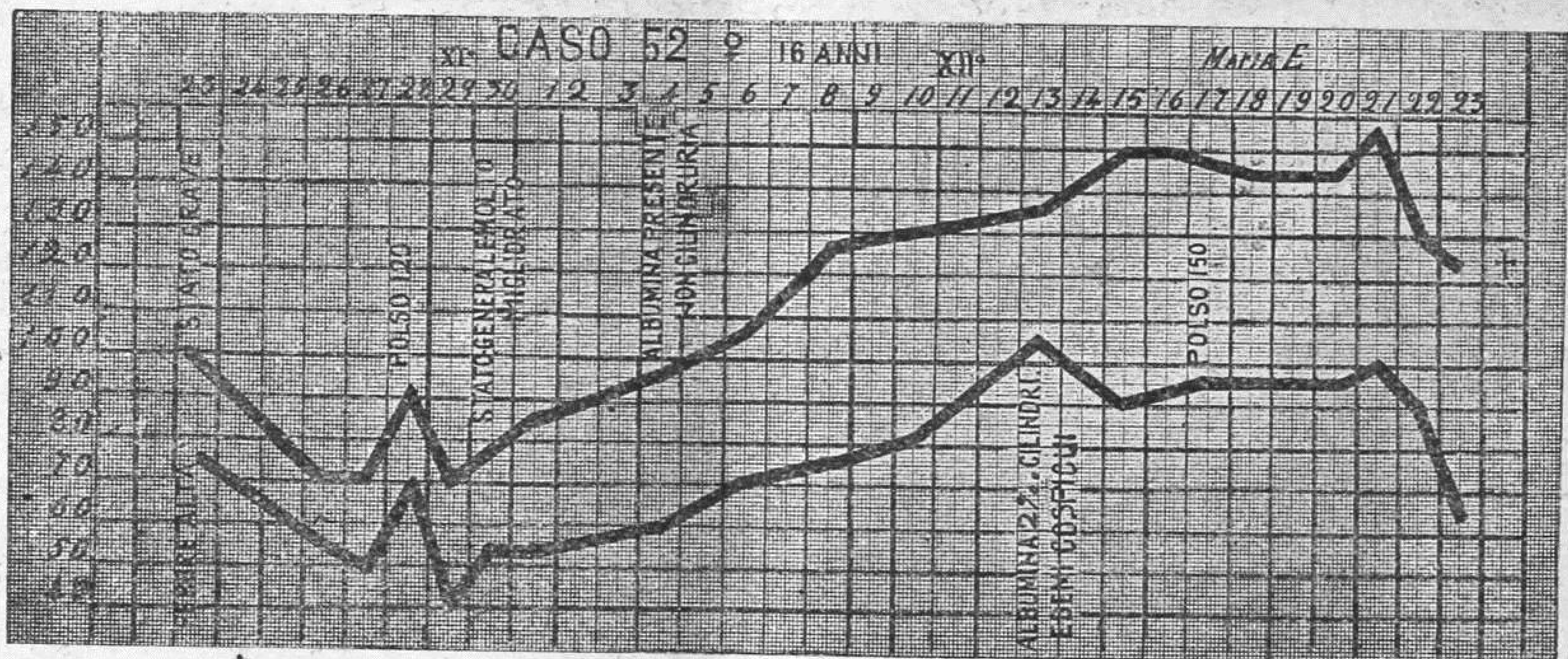


Fig. 3.

Pertanto non si può affermare che l'ipertensione preceda l'albuminuria nell'inizio delle nefriti scarlattinose: però è sospetta ogni albuminuria, anche lieve, che si accompagna ad un aumento della pressione arteriosa che tende a superare i valori normali.

D'altra parte, come si è già esposto, si possono avere per cause estrarenali elevazioni transitorie della pressione, di nessun valore prognostico. Così pure, la mancanza di ipotensione non va interpretata come ipertensione relativa, e non deve oscurare la prognosi di una concomitante albuminuria.

In un caso nel quale la pressione fu misurata solo durante la nefrite postscarlattinosa, (n. 44) tre giorni dopo l'ingresso in ospedale, contemporaneamente ad un aumento della diuresi e ad una diminuzione degli edemi, nonostante un'albuminuria del 14 ‰ si ebbe una discesa di Mx da 120 a 100 e una discesa di Mn di 30 mm. (per diminuzione delle resistenze periferiche dovute alla compressione dell'edema?), però poi la pressione gradualmente risalì di nuovo e giunse a $\frac{\text{Mx } 150}{\text{Mn } 110}$, mantenendosi intorno a questo livello per molto tempo.

Sembra pertanto autorizzata la conclusione che la scarlattina determina un'ipotensione, come quasi tutte le malattie infettive acute (fa eccezione, ad es. la malaria, nella quale anche durante la febbre v'è poliuria).

L'ipotensione è più o meno precoce, potendo iniziarsi in periodo preeruttivo, eruttivo, o in desquamazione; è più o meno duratura, perdurando di solito una settimana almeno; è più o meno intensa, ed è maggiore nei casi gravi; talora è lieve, e appena accennata, ma può tuttavia durare a lungo.

Tale ipotensione evidentemente è in rapporto con la vasodilatazione generale e con la debolezza del ventricolo sinistro. Quando è intensa non sembra essere necessariamente in rapporto con lesioni organiche gravi delle capsule-surrenali, infatti è spesso redimibile e può anzi dar luogo a ipertensione se sopravviene la nefrite. La quasi costante ipertensione diastolica attesta che l'ipotensione dipende in più larga misura dalla meiopragia cardiaca che dalla meiopragia vascolare: talora in convalescenza si ha per un breve periodo una diminuzione della P. D. che deve mettere in guardia contro improvvise crisi d'insufficienza cardiaca.

Elevazioni accidentali di Mx non hanno particolare valore prognostico, e sono spesso legate a complicazioni dolorose: elevazioni di Mx almeno ai valori normali, congiunte ad albuminuria, devono far temere l'insorgenza di una nefrite. L'albuminuria senza ipertensione invece, di regola, non prelude ad una nefrite.

Le iniezioni di siero di convalescente e antistreptococco, la malattia da siero, le iniezioni di vaccini, abbassano più o meno la pressione: all'infuori di questi casi una caduta brusca della pressione, specie se accompagnata a diminuzione della P. D. deve far temere una complicazione, specialmente a carico del cuore.

L'ipotensione non si può attribuire alla dieta, perchè si è presentata anche in pazienti che per le condizioni non gravi si nutrivano a sufficienza, ed è talora comparsa molto precocemente; per questa ragione, ed anche perchè ha talora persistito dopo che i pazienti si sono levati da letto, non si può attribuire alla giacenza a letto. Alcune misurazioni eseguite su pazienti con lievi affezioni chirurgiche indurrebbero a credere che la sola degenza a letto non abbassa Mx, almeno nelle prime due o tre settimane, e che la dieta lattea può provocare ipotensione con ipertensione diastolica, ma si tratta di un'ipotensione molto lieve, generalmente non apprezzabile prima che sia trascorsa una settimana.

Da misurazioni eseguite su 16 morbillosi, dai 5 ai 18 anni, mi risulta che anche in questa malattia esantematica si ha generalmente ipotensione con ipertensione diastolica, ma meno intensa e di più breve durata.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

P. TEISSIER e L. TANON. *La pressione arteriosa nella scarlattina dell'adulto.* Jour. de Physiol. et de Pat. méd., 1908, 15 maggio.

P. NOBÉCOURT e L. TIXIER. *La pressione arteriosa nella scarlattina del fanciullo.* Ibidem, ibidem.

P. NOBÉCOURT e H. DARRÉ. *Un caso di nefrite postscarlattinosa.* Bull. de la Société de Péd., 1905.

GALLAVARDIN. *La tensione arteriosa in clinica.* 1920, Paris, Masson.

I. D. ROLLESTON. *La pressione arteriosa nella scarlattina.* Brit. journ. of children diseases, 1912, ottobre, e 1911, p. 435.

BUTTERMANN. Deut. Arch. f. klin. med., 1902.

H. COSTER. Am. Journ. of med. sciences, 1901. p. 854.

J. COMBY. Bull. et mém. de la Société méd. des Hôpitaux de Paris, 1910, p. 689.

H. FEDERN. Wien. Klin., 1903, p. 259 e p. 608.

V. HUTINEL. *Mal. des enfants*, 1909, p. 356. Journ. des praticiens, 1909, p. 146.

T. JANEWAY. Clinical study on bloud pressure, London, 1904.

L. RIBADEA-U. DUMAS e P. HARVIER. Bull. et mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris, 1912, p. 28.

E. SERGENT. Journ. méd. français, 1911, p. 471.

G. RUBINO. *Sfigmografia e sfigmomanometria in clinica.* Roma, 1914.

Num. d'ord.	Cognome e Nome data d'ingresso	Età sesso	Mx normale secondo l'età	Mx massimo osservato	Mx minimo osservato	Mn massimo osservato	Mn minimo osservato	P D massimo osservato	P D minimo osservato	Osservazioni
1	S. A., 24 aprile 1922 .	12 a. m.	105	110	105	70	65	45	40	
2	G. A., 24 aprile 1922 .	24 a. m.	120	140	120	100	70	60	40	Eresipela - **nefrite** mortale.
3	T. F., 2 maggio 1922 .	19 a. m.	120	130	120	80	70	50	50	Misure eseg. in convalescenza.
4	F. A., 10 maggio 1922 .	7 a. f.	95	1ª osser. 100	95	60	55	40	35	
5	S. I., 4 maggio 1922 .	9 a. f.	95	105	95	75	65	40	20	
6	F. E., 3 giugno 1922 .	4 a. m.	90	95	80	60	45	45	30	Adenoflemmone - vaccino streptococcico - albuminuria trans.
7	M. M., 1 giugno 1922 .	15 a. f.	110	105	105	80	75	30	25	Albuminuria lieve.
8	P. M., 31 maggio 1922 .	3 a. m.	85	115	100	60	60	55	45	Non fu potuta continuare l'osservazione - difterite pregressa.
9	S. E., 24 maggio 1922	6 a. f.	90	95	95	75	60	40	20	**Glomerulonefrite.**
10	D. G., 1 giugno 1922 .	16 a. m.	120	130	105	85	60	60	25	Difterite
11	C. A., 18 maggio 1922 .	23 a. f.	120	1ª osser. 115	100	80	70	40	30	Albuminuria - adenofl. - otite pur. - vaccino streptoc.
12	B. I., 16 luglio 1922 .	16 m. f.	80	80	75	55	45	30	25	
13	H. A., 13 giugno 1922 .	14 a. m.	110	120	100	80	70	40	25	
14	B. E., 10 giugno 1922	15 a. m.	110	1ª osser. 145	125	100	85	50	40	Albuminuria.
15	R. A., 11 giugno 1922	25 a. f.	120	115	100	80	65	40	25	**Glomerulonefrite.**
16	G. M., 25 giugno 1922	20 a. f.	120	115	100	75	60	50	40	
17	C. F., 7 luglio 1922 .	11 a. m.	105	115	110	65	60	50	50	
18	C. M., 4 luglio 1922 .	22 m. f.	80	95	80	50	45	45	35	
19	F. G., 30 luglio 1922 .	4 a. m.	90	110	90	70	50	40	35	Enterite mortale.
20	P. I., 26 luglio 1922 .	19 a. f.	120	110	105	80	70	40	30	
21	C. M., 30 luglio 1922.	6 a. f.	95	95	85	60	50	45	30	
22	F. E., 4 agosto 1922 .	4 a. f.	90	95	85	75	50	40	20	
23	M. F., 4 luglio 1922 .	14 a. f.	110	100	80	65	50	35	25	Albuminuria - cilindruria - urobilinuria.
24	C. S., 4 luglio 1922 .	4 a. m.	90	95	80	65	50	45	25	
25	P. V., 10 agosto 1922.	9 a. m.	100	95	95	60	60	35	35	
26	S. F., 10 agosto 1922.	13 a. f.	105	100	80	50	50	50	40	Non potuta continuare l'osserv.
27	F. F., 11 settembre 1922	14 a. m.	105	90	90	50	50	40	40	Albuminuria - non potuta cont. l'osservazione.
28	B. E., 11 settembre 1922	3 a. f.	85	95	95	60	55	45	35	
29	G. F., 11 settembre 1922	5 a. m.	90	90	85	60	45	40	30	
30	F. M., 6 settembre 1922	32 a. f.	120	125	95	90	50	55	35	Albuminuria - cilindr. - iniez. siero di conval.
31	S. L., 20 settembre 1922	18 a. m.	120	1ª osser. 110	110	70	50	60	40	
32	A. E., 25 settembre 1922	22 a. m.	120	110	100	75	70	40	25	
33	P. E., 10 ottobre 1922 .	22 a. f.	120	100	90	70	65	30	25	
34	S. U. 10 ottobre 1922 .	27 a. m	120	100	95	60	60	40	35	Albumin. con qualche emazia.
35	L. E., 23 settembre 1922	28 a. f.	120	115	90	70	60	50	25	Diarrea da ameba tetragena.
36	D. N., 10 ottobre 1922	10 a. f.	100	100	85	55	40	50	35	Albuminuria.
37	R. I., 22 settembre 1922	10 a. f.	100	115	90	85	60	35	25	Iniez. siero di conval. - otorrea.
38	S. M., 2 novembre 1922	12 a. f.	105	ult. oss. 80	80	50	40	40	30	
39	E. G., 20 ottobre 1922 .	6 a. m.	95	90	90	60	50	40	30	
40	S. A., 22 ottobre 1922 .	15 a. f.	110	110	95	90	75	25	15	
41	C. L., 5 novembre 1922.	5 a. f.	90	75	75	55	55	20	20	
42	A. G ottobre 1922 . . .	20 a. m.	120	120	100	70	60	50	40	
43	L. E., 21 ottobre 1922 .	23 a. m.	120	95	90	60	50	40	30	
44	C. F., 16 novembre 1922	16 a. f.	120	150	100	110	60	40	30	**nefrite postscarlattinosa - misure es. solo durante la nefr.**
45	M. E., 10 novembre 1922	40 a. m.	125	120	110	75	70	50	35	Eresipela.
46	M. E., 2 novembre 1922	7 a. m.	95	100	75	75	45	45	20	
47	M. A., 8 novembre 1922	31 a. m.	125	130	100	80	65	60	20	
48	G. G., 13 novembre 1922	9 a. m.	95	105	90	60	50	50	40	Setticopiemia.
49	F. I., 18 novembre 1922	4 a. f.	85	95	95	70	70	25	25	Albuminuria - cilindruria (non potuta seguire).
50	D. P., 23 novembre 1922	33 a. f.	120	125	100	80	70	25	45	Albuminuria transitoria.
51	G. S., 26 novembre 1922	4 a. m.	90	ult. oss. 100	85	65	50	40	30	Esantema recidivo.
52	E. M., 23 novembre 1922	16 a. f.	115	150	70	105	40	60	20	Setticemia - **Nefrite postscarlat.** - obitus.
53	S. M., 30 novembre 1922	16 a. f.	115	110	90	70	60	40	30	
54	M. A., 4 dicembre 1922	12 a. f.	105	110	90	80	55	40	20	Endocardite - albuminuria.
55	S I., 30 novembre 1922	13 a. f.	105	100	75	75	40	25	15	Setticopiemia - Difterite.
56	C. C., 5 dicembre 1922 .	13 a. m	105	125	80	90	50	40	25	**Nefrite.**
57	H. M., 13 dicembre 1922	25 a. f.	120	130	105	90	70	60	35	Mania.
58	V. G., 19 dicembre 1922	13 a. m.	105	110	90	80	60	40	20	
59	L. A., 10 dicembre 1922	5 a. f.	90	105	80	85	45	45	20	Artrosinovite - otorrea - albuminuria trans.
60	F. L., 14 dicembre 1922	13 a. m.	105	105	85	80	55	30	25	
61	R. A., 11 dicembre 1922	20 a. m.	120	110	95	70	60	40	30	
62	G. L., 19 dicembre 1922	13 a. m.	105	110	100	75	55	40	30	
63	B. L., 23 dicembre 1922.	20 a. f.	120	110	95	80	65	35	25	
64	R. T., 3 gennaio 1923 .	16 a. m.	120	125	95	85	55	50	20	
65	Z. I., 16 gennaio 1923 .	5 a. f.	90	90	80	60	45	40	30	
66	P E., 15 febbraio 1923	22 a. f.	120	120	90	75	55	45	30	
67	P. A., 16 febbraio 1923 .	17 a. f.	115	105	75	65	50	45	20	

MORBILLO.

Num. d'ord.	Cognome e Nome data d'ingresso	Età sesso	Mx normale secondo l'età	Mx massimo osservato	Mn minimo osservato	Mn massimo osservato	Mn minimo osservato	P D massimo osservato	P D osservato minimo	Osservazioni
1	C. R., 7 dicembre 1922	12 a. m.	105	100	80	70	50	40	35	
2	P. S., 11 dicembre 1922.	7 a. m.	95	105	95	80	60	35	30	
3	C. G., 9 dicembre 1922	18 a. m.	120	125	95	80	70	45	30	
4	C. M., 5 dicembre 1922.	5 a. f.	90	90	90	65	55	40	25	
5	V. M., 5 dicembre 1922.	5 a. f.	90	90	90	65	65	25	25	
6	G. F., 20 dicembre 1922	11 a. m,	105	110	95	75	55	40	35	
7	A. A., 17 dicembre 1922.	17 a. f.	120	125	110	80	70	50	30 conval.	
8	A. A., 17 dicembre 1922.	13 a. f.	105	95	85	65	55	35	20	
9	A. D., 21 dicembre 1922.	11 a. m.	105	120	100	70	65	50	35	
10	D L. R., 17 dicem. 1922.	14 a. m.	105	100	90	70	60	30	30	
11	C., 17 dicembre 1922 . .	5 a. m.	90	90	90	65	55	35	30	
12	Q., 15 dicembre 1922 . .	6 a. f.	95	90	85	60	55	30	30	
13	I. E., 10 gennaio 1923 .	6 a. f.	95	100	95	75	70	30	20	
14	P. G., 2 gennaio 1923. .	13 a. f.	105	90	90	75	70	20	15	
15	L. A., 27 novembre 1922	11 a. m.	100	105	90	70	90	40	35	
16	C. M. gennaio 1923 . . .	14 a. f.	105	110	90	75	60	35	30	

RIVISTE SINTETICHE.

Il diabete zuccherino ed il suo trattamento con l'insulina.

(Riassunto sintetico).

Dott. S. MARINO, libero docente e assistente.

CENNI STORICI. — Antiche osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche avevano già fatto sospettare l'origine pancreatica del diabete zuccherino. Cawley, Chopart, Bright, Bouchardat, Cl. Bernard, Lapierre, Frerichs, Cantani, Silver, Harnach, Frison, ecc., segnalano l'importanza del pancreas sulla produzione della glicosuria, ma non riescono a precisare ancora i rapporti che esistono tra diabete e pancreas.

Il Lancereaux invece nel 1877 riesce a dare indicazioni più precise, e dopo di lui Silver, Irvingt, Brechner, Ruhle, Israël, Notta ed altri riescono a dimostrare che non è dubbio il rapporto causale tra diabete e lesioni del pancreas.

Tuttavia la storia dei rapporti tra diabete e pancreas si inizia in modo chiaro nel 1889, epoca in cui il De Dominicis, in Italia, e v. Mering e Minkowski, in Germania, osservavano che nei cani, asportando il pancreas, insorgeva, senza eccezione, un diabete gravissimo con sintomi caratteristici del diabete umano. Queste osservazioni destarono un giustificato interesse, e nel decennio successivo seguirono numerosi lavori sopratutto per merito di Lépine, Gley, Thiroloix, Hédon, Minkowski, i quali arricchirono le nostre conoscenze di dettagli e particolari numerosi. Per essi si ritenne che, nell'organismo animale, al pancreas



Il dott. BANTING di Fororito (Canadà) a cui si deve la scoperta dell'insulina.

spetti un'azione molto importante nell'economia degli idrati di carbonio e si ammise un rapporto tra la glicosuria e il diabete pancreatico. Tuttavia, però, sono notevoli le differenze tra il diabete sperimentale, in cui si ha la soppressione totale del pancreas, e quello u-

mano, in cui le lesioni del pancreas talora non sono dimostrabili o mancano addirittura.

Le ricerche istologiche più recenti cercarono poi d'indagare a quali cellule del pancreas spetti la funzione di agire sul ricambio degli idrati di carbonio. Laguesse, per il primo, riconobbe che il diabete umano ha a fondamento un'alterazione degli isolotti di Langerhans. In seguito numerose osservazioni confermarono o contestarono questa opinione. Decheloff, Guttmann, Karakascheff, Herheimer negarono che le alterazioni delle isole di Langerhans fossero la causa del diabete umano. Hansemann, Diamare, Opie, Ssobolew, Silvestrini e Nesti. Weichselbaum, Sauerbeck, D'Amato, Visentini, Cecil Russel, Massaglia e tanti altri invece descrissero, in casi di diabete, alterazioni talora spiccate delle isole di Langerhans, dando così un'ampia conferma della teoria insulare. In questi ultimi anni, a proposito del diabete, però, una serie di osservazioni e constatazioni sperimentali ed anatomo-patologiche hanno messo in evidenza importanti alterazioni negli acini pancreatici, le quali hanno permesso di concludere per la partecipazione del tessuto acinoso alla funzione del pancreas nel ricambio degli idrati di carbonio, attribuendo così ai due tessuti la genesi del diabete pancreatico. (Lépine, Reithmann, Herxeimer, Karakascheff, Marchand, Lombroso, Pratt, Fahar, Chabrol e Parmentier, Zuntz e Mayer, Visco, Gigon, Nagaio, Tanaka e Kaj, Seyfarth).

Infine è anche da notare che, affatto recentemente, in base ad un complesso di osservazioni e di risultati sperimentali, è stata sostenuta l'ipotesi secondo la quale nella genesi delle glicosurie diabetiche entrano in giuoco il sistema nervoso e le altre ghiandole endocrine. In qual modo poi sistema nervoso e ghiandole endocrine influenzino la regolazione del ricambio idro-carbonato e se agiscano direttamente od indirettamente a mezzo del pancreas, è ancora molto oscuro. Certo è, però, che da questo nuovo orientamento di lavoro la conoscenza dell'influenza reciproca delle azioni ghiandolari potrà meglio essere precisata e nuova luce potrà essere portata al problema della genesi del diabete pancreatico. Ad ogni modo, da quanto sopra è stato riferito, risulta chiaro che ancora molto resta da ricercare e da mettere in chiaro prima di potere con sicurezza interpretare i dettagli fisiologici e le manifestazioni cliniche riguardanti il diabete zuccherino, e come sia prematura ogni conclusione definitiva senza l'appoggio di dati sperimentali e clinici sicuri in favore delle singole teorie.

SCOPERTA DELL'INSULINA. — Tuttavia l'ipotesi dei rapporti esistenti tra secrezione interna ormonica del pancreas e diabete suggeriva la idea di poter dimostrare l'influenza di una secrezione interna sul ricambio degli idrati di carbonio, ottenendo la scomparsa della glicosuria pancreatica con la somministrazione di estratto pancreatico. I primi risultati ottenuti a questo riguardo furono del tutto incerti e contradditori, sebbene sia da notare che in alcuni casi l'estratto pancreatico aveva portato un notevole miglioramento e talvolta la scomparsa della glicosuria. Capparelli, Vanni ed altri, nei cani resi diabetici con l'asportazione del pancreas, notarono che l'estratto di pancreas, iniettato, produceva diminuzione e talora scomparsa della glicosuria. Lépine e Boulud hanno osservato che la somministrazione endovenosa di un estratto di pancreas produceva una ipoglicemia ed uno spiccato aumento del potere glicolitico del sangue. Anche Zuelzer, Kleiner, Paulesco, Dohrn e Marxer ottennero riduzione del tasso glicemico con gli estratti acquosi di pancreas e Scott cogli estratti alcoolici. Questi tentativi, che, come abbiamo detto, non diedero risultati decisivi, furono con fortuna ripresi dai fisiologi Banting e Best (1) dell'Università di Toronto nel Canadà, richiamando così in onore l'antica ipotesi, secondo la quale alle isole di Langerhans spettava un'importanza preponderante nella genesi del diabete. Le deduzioni, che si possono trarre da queste nuove ricerche e dai risultati ottenuti, hanno perciò il grande vantaggio d'influire non solo sulla terapia del diabete, ma anche sulla maggiore e più esatta conoscenza del diabete. Banting e Best, continuando gli studi in questa direzione, riuscirono ad accertare che esisteva un ormone pancreatico, la cui azione veniva annullata dai fermenti digestivi contenuti nella glandola. Da altra parte, in base a queste conoscenze, si proposero di preparare estratti di pancreas, in cui l'azione dei fermenti fosse nulla. Le loro ricerche furono coronate da successo, poichè, con accorgimenti speciali di tecnica, essi sono riusciti, per mezzo dell'alcool, ad estrarre l'ormone pancreatico allo stato quasi puro. Essi lo hanno, come Schäfer e De Meyer, denominato col nome di « Insulina », per indicare la sua origine dalle *isole* di Langerhans. Banting e Best iniziarono le loro ricerche ado-

---

(1) Per la letteratura sull'insulina confr.: *The Journal of the American Med. Association*, 1923; *The British Medical Journal*, 1923; *The Lancet*, 1923; *Bulletin et Mémoires Soc. Méd. Hôpitaux*, Paris 1923; *Edinburgh Medical Journal*, 1923.

perando, per la preparazione degli estratti, pancreas di cane, privato del tessuto ghiandolare, previa legatura dei dotti escretori. Gli estratti acquosi, preparati dal pancreas così degenerato, si mostravano meno tossici e presentavano un'attività sul metabolismo degli idrati di carbonio; negli animali spancreatizzati facevano sparire la glicosuria e diminuire considerevolmente, per parecchie ore, il glucosio del sangue. L'estratto pancreatico perdeva la sua attività se scaldato, se lasciato invecchiare, per aggiunta di succo pancreatico normale. Queste osservazioni furono ripetutamente confermate e si potè chiaramente accertare che con l'uso di questo estratto si riusciva negli animali spancreatizzati a dare un notevole miglioramento ed a prolungare abbastanza la vita dell'animale. In seguito gli AA., ad evitare gli inconvenienti inerenti alla preparazione di estratti pancreatici, così difficoltata dall'operazione e dal tempo occorrente per la degenerazione del pancreas, credettero opportuno di ricorrere ad altri mezzi. Partendo dal concetto, già noto, che il pancreas fetale non produce secrezione esterna, prepararono estratti con pancreas di feti di vitelli verso il quinto mese di vita intrauterina e il loro impiego diede risultati identici ai precedenti estratti, dimostrando altresì la medesima attività. D'altra parte l'azione degli estratti così preparati confermava l'azione antagonista dei fermenti proteolitici e quindi alla loro separazione ed alla loro distruzione restava limitato il problema della preparazione dell'ormone pancreatico, che gli AA. riconobbero subito solubile in alcool.

PREPARAZIONE DELL'INSULINA. — La preparazione dell'insulina, secondo le indicazioni di Collip, si fa nel modo seguente: il pancreas finamente triturato è trattato con un eguale volume di alcool a 80°. Il miscuglio, dopo parecchie ore, agitando spesso, si filtra e si spreme. Al filtrato si aggiungono due volumi di alcool a 95°. Dopo alcune ore si filtra ed il filtrato viene evaporato in vuoto a bassa temperatura (18°-30°). Il residuo, trattato due volte con etere, per allontanare i lipoidi, si riporta a distillare nel vuoto fino a consistenza pastosa. Si riprende con alcool a 80° e si centrifuga. Il liquido sovrastante, limpido, chiaro, contenente il principio attivo, viene trattato con un eccesso di alcool assoluto, che precipita l'ormone. Alcune ore dopo tutto il precipitato, sciolto in acqua distillata, concentrato, sterilizzato, è pronto per l'uso. L'insulina, della quale abbiamo fatto cenno, sebbene di facile preparazione, richiede diligenza e dettagli tecnici non comuni, che assicurino la riuscita della preparazione. È da notare però che successivi studi hanno messo in evidenza particolari proprietà della sostanza, che sono state utilizzate nella elaborazione di metodi più adatti ad ottenere una sostanza più pura ed in maggiore quantità. Accanto a questi metodi di preparazione altri più semplici sono stati descritti. Blum fa uso di un estratto da lui stesso preparato e Chabanier riferisce di un estratto preparato in parte secondo i dettagli di Mackenzie Wallis: pancreas fresco di cavallo, finamente triturato, si mescola con due volumi di alcool a 95° e si aggiunge acido cloridrico nella proporzione dell'1.2 ‰. Si riscalda per un'ora a bagno-maria a 60° e si lascia raffreddare. Il filtrato è distillato a pressione ridotta fino a piccola quantità. Si filtra e si sterilizza, neutralizzando con soda $\frac{N}{10}$ al momento dell'uso. Iniettato, non provoca nè dolore, nè reazione e dà risultati del tutto analoghi a quelli ottenuti dai fisiologi americani.

DOSAGGIO DELL'INSULINA. — Un fatto messo subito in evidenza nella preparazione degli estratti pancreatici è che non tutti dànno la medesima attività; la necessità quindi, per quello che diremo in appresso, del loro dosaggio, il quale viene praticato sul coniglio normale, digiuno da 16-24 ore. Si considera come *dose unità* di insulina la quantità di estratto somministrata sotto cute e capace di produrre in 1-3 ore un abbassamento nella glicemia del 50 %. Una maggiore quantità di insulina darebbe luogo ad una ipoglicemia accentuata, che non è senza pericolo, poichè, secondo la maggior parte degli AA., e come noi stessi possiamo confermare, si accompagna a sintomi caratteristici gravi, come violente convulsioni, con intervalli di coma. Questo quadro, che termina con la morte dell'animale, scompare se si inietta del glucosio. Se invece i fenomeni convulsivi persistono, si ricorre alle iniezioni endovenose di glucosio o di un cc. di soluzione all'1 ‰ di adrenalina.

EFFETTI DELL'INSULINA SULLA IPERGLICEMIA E SUL DIABETE PANCREATICO SPERIMENTALE. — Osservazioni ripetute e concordi hanno dimostrato che l'azione dell'insulina si esplica tanto sulla glicemia normale quanto su quella degli animali spancreatizzati. L'importanza di questo risultato è evidente, poichè nega valore alla ipotesi, secondo la quale gli effetti dell'insulina sarebbero una prova della costante origine pancreatica del diabete. L'insulina è ca-

pace di diminuire considerevolmente o di sopprimere l'iperglicemia a qualsiasi origine appartenga. Risultati positivi si sono ottenuti nelle iperglicemie consecutive all'intossicazione da ossido di carbonio, all'iniezione di adrenalina, all'asfissia, all'anestesia da etere ed alla puntura del IV ventricolo. In tutti questi casi l'insulina non solo, come abbiamo detto sopra, fa scomparire o diminuire lo zucchero nel sangue, ma riesce ad impedire la comparsa dell'iperglicemia, se l'iniezione dell'estratto viene praticata qualche ora prima che entri in azione il fattore che produce la iperglicemia. Resta così dimostrato che l'insulina agisce sull'aumento del tasso glicemico qualunque sia il fattore che lo produce. Circa il suo meccanismo di azione, non sembra esistano dati attendibili per poter dedurre conclusioni sicure. Tuttavia, a questo proposito, è opportuno ricordare che lo studio del consumo di zucchero da parte del cuore di coniglio sopravvivente ha dimostrato che, aggiungendo al liquido di perfusione dell'insulina, si ha maggiore consumo di zucchero, mentre il contenuto di glicogeno rimane invariato o quasi. Da questo risultato gli AA. concludono che l'insulina agisce distruggendo lo zucchero. Altre ricerche però nello stesso indirizzo hanno dato esito negativo. Negli animali resi diabetici la somministrazione di insulina, oltre ad influire sul contenuto di glucosio nel sangue e nelle urine, aumenta la scorta del glicogeno contenuto nel fegato ed aumenta il quoziente respiratorio. Tutto ciò sta ad indicare che una maggiore combustione di zucchero è resa possibile. Non meno interessante è la sua azione sul ricambio dei grassi e sui corpi acetonici, i quali tendono a scomparire dalle urine. In conclusione dunque l'insulina agisce modificando le alterazioni che caratterizzano il diabete pancreatico. E con ciò è facile riconoscere che, almeno in parte, si può ovviare alle conseguenze alle quali inesorabilmente l'animale va incontro per effetto dell'ablazione del pancreas, ottenendo così miglioramento delle condizioni generali e prolungamento della vita.

EFFETTI DELL'INSULINA SULL'UOMO. — Sebbene qualche accenno sia stato fatto a possibili pericoli per la tossicità degli estratti pancreatici, l'uso dell'insulina è andato rapidamente estendendosi e finora non sembra abbia dato luogo ad alcun danno. È opportuno però limitare le dosi agli effetti desiderati. La sua azione si manifesta anche sull'uomo, generando gli stessi effetti che negli animali. È indolore, non dà reazione locale, nè immediata nè lontana, non dà febbre. Agisce sulla glicemia alimentare diminuendola. Iniettata prima della somministrazione di un pasto abbondante di idrati di carbonio, l'insulina non solo impedisce la comparsa della iperglicemia alimentare, ma determina un abbassamento del tasso normale. La sua azione è transitoria e non dura che 6-12 ore, eccezionalmente di più.

TRATTAMENTO DEI DIABETICI COLL'INSULINA. — Assodato così che l'insulina esplica la sua efficacia nell'organismo umano senza arrecare alcun danno, si è creduto opportuno di sperimentarne l'azione sull'uomo diabetico. In un medico infermo, da 6 anni, di diabete, sottoposto al trattamento coll'insulina, dopo 48 ore nelle urine erano scomparsi lo zucchero ed i corpi acetonici, il tasso glicemico era ridotto al normale. Numerosi altri casi trattati coll'insulina diedero gli stessi risultati. Campbell e Fletcher hanno pubblicato una serie numerosa di casi di diabete, sottoposti al trattamento coll'insulina. Gli ammalati, denutriti, con un tasso elevato di glucosio nel sangue e nelle urine, si sottoponevano dapprima ad un regime dietetico appropriato, allo scopo di determinare il grado di tolleranza agli idrati di carbonio, indi si iniziava il trattamento con l'insulina a dosi crescenti, mentre parallelamente veniva aumentata la dieta tanto degli idrati di carbonio, quanto degli altri costituenti.

In tutti i casi si riscontrò che l'insulina a dose sufficiente fa scomparire lo zucchero dalle urine e l'intossicazione acida, riduce il glucosio del sangue, genera un notevole miglioramento dello stato generale e delle funzioni fisiche e psichiche. Gli ammalati possono ingerire quantità di idrati di carbonio molto superiore alla quantità abituale, poichè l'organismo, durante il trattamento, acquista la capacità di metabolizzare ed assimilare maggiori quantità di idrati di carbonio. Dopo questi interessanti risultati l'impiego dell'insulina nel trattamento del diabete si è notevolmente esteso. Oramai i diabeti curati aumentano ogni giorno e si può dire che in genere tutti i pazienti traggono notevoli vantaggi. L'azione dell'insulina sopratutto si è addimostrata preziosa nei diabetici allo stato pre- o comatoso. Ritorna la coscienza, scompariscono la sonnolenza e la cianosi, il respiro si fa gradualmente normale e si assiste ad una vera e propria resurrezione. Nelle forme di diabete non gravi l'azione dell'insulina è più lenta, ma molto più efficace. Le dosi dell'insulina sono stabilite per mezzo dell'esame del sangue e delle urine, praticato a brevi intervalli, in

quanto bisogna evitare di produrre l'ipoglicemia. I sintomi della cosidetta ipoglicemia, che furono descritti nel coniglio, possono verificarsi nel diabete per dose elevata di insulina. Tenendo conto che in simili casi si può senz'altro rimediare, facendo iniezioni di glucosio, è opportuno ricordare la necessità di seguire il comportamento dello zucchero nel sangue e nelle urine e d'altra parte di somministrare una razione di idrati di carbonio, stabilita caso per caso in relazione al grado di tolleranza.

L'utilità degli idrati di carbonio risulta evidente, perchè l'insulina, trasformando almeno transitoriamente i diabetici in soggetti normali, rende possibile l'utilizzazione degli idrati di carbonio somministrati ed evita quello stato di ipoglicemia, cui si accompagnano i fatti convulsivi dei quali abbiamo fatto cenno. L'azione dell'insulina è transitoria, quindi le iniezioni vanno ripetute 2-3 volte al giorno, per mantenere gli effetti raggiunti. A quanto sembra, iniezioni di quantità sufficienti di insulina, ripetute, riescono ad ottenere, almeno in alcuni casi, la scomparsa della glicemia e della glicosuria. In questi casi è bene o sospendere la cura o continuarla a piccole dosi, mentre si eseguiranno frequenti dosaggi di zucchero nel sangue e nelle urine. Quando i sintomi del diabete si riproducono ed il tasso del glucosio del sangue e delle urine aumenta, è consigliabile riprendere la cura dell'insulina, che oggi la maggior parte degli autori ritengono il rimedio più sicuro e più efficace nel diabete. Incoraggiati da questi risultati favorevoli, numerosi autori (Cowie e Parson, Elliot P. Ioslin, Ralph H. Mayor, Spriggs Pinkering e Leigh, Thalhimer e Perry, Solomon Strouse e Oscar T. Schultz, Russel M. Wilder e Kitchen, Leyton) si sono interessati all'argomento, aumentando così notevolmente il numero dei diabeti trattati con l'insulina. I risultati ottenuti confermano, nelle linee generali, quelli dei fisiologi canadesi, restando così dimostrato che l'insulina, allo stato attuale, costituisce il mezzo di cura più adatto e più efficace, influendo direttamente sul disturbo morboso, che più specialmente caratterizza la malattia. Sopratutto deve ritenersi pregevole il suo impiego, oltrechè nel coma diabetico, negli interventi chirurgici, nei casi d'infezione acuta, nei casi complicati a polmonite, a cancrena. In tutti questi casi, nei quali si tratta di agire energicamente e rapidamente, l'insulina trova la sua più utile indicazione. Altri autori si sono interessati all'argomento, facendo uso di estratti pancreatici, preparati da loro stessi. L'azione di questi estratti, tanto nell'animale quanto nei diabetici, determina gli effetti favorevoli che abbiamo sopra indicati. Il Thomson ha fatto uso di un estratto bollito e filtrato di pancreas ed il Mackenzie Wallis di estratti pancreatici alcoolici liberi dai fermenti proteolitici. Anche Blum si è servito di un estratto preparato da lui stesso, confermando i risultati favorevoli, basati sopra esperienze eseguite in casi di diabete grave. Chabanier, Lobo-Onell e Lebert all'estratto pancreatico, preparato secondo le indicazioni, da noi sopra riferite, attribuiscono un notevole interesse, essendo risultato con un grado elevato di attività e con assenza assoluta di tossicità. Per quanto riguarda i disturbi speciali, ai quali si può andare incontro per forti dosi di insulina, essi ritengono, d'accordo con gli autori precedenti, che siano dipendenti dall'ipoglicemia. Infatti, le iniezioni di glucosio fanno scomparire le convulsioni, e, se fatte contemporaneamente all'insulina, possono evitarne la comparsa. Nella clinica medica di Roma sono in corso delle ricerche riguardanti la tecnica di preparazione, il dosaggio e l'azione dell'insulina. Seguendo, con qualche lieve modificazione, il metodo indicato da Banting e Best ed il metodo di Chabanier e collaboratori, si è potuto ottenere un estratto attivo, capace di produrre nei conigli una forte diminuzione del tasso glicemico, variabile dal 50 al 60 %.

Quantità elevate di estratto producono nel coniglio gli accidenti convulsivi, che finiscono, in breve tempo, con la morte dell'animale. È degno di rilievo il fatto che non tutte le preparazioni di estratti danno lo stesso rendimento e che non tutti i conigli reagiscono allo stesso modo, poichè in alcuni di essi, nei quali si determina un notevole grado di ipoglicemia, mancano le caratteristiche convulsioni. L'uso di questi estratti, che non sono dolorosi nè producono reazioni, nell'uomo ha dato risultati incoraggianti. In un caso di coma diabetico, comunicato dal prof. Ascoli all'Accademia medica di Roma, si è ottenuto un rapido e completo successo.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI.

Nel riassumere tutto quanto è stato esposto circa l'azione dell'insulina, sebbene, nella letteratura, non manchino delle serie obbiezioni, noi crediamo di dover tenere conto dei benefizi veramente notevoli finora ottenuti in quei casi urgenti di diabete grave nei quali i comuni mezzi restavano senza effetto. Non sem-

bra, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze, che l'uso continuato od anche ripetuto dell'insulina possa guarire il diabete. Tuttavia ogni giudizio definitivo è oggi prematuro. Sono necessarie ulteriori e diligenti ricerche per stabilire in modo preciso le condizioni ed il meccanismo di azione, la sua importanza sul metabolismo degli idrati di carbonio e per precisare tutti quegli elementi e dati necessari ad interpretare il comportamento farmacologico e la sua definitiva azione nel diabete. Checchè ne sia, però, la scoperta dell'insulina, per la clinica del pancreas, è oggi nozione di grande valore e richiama all'onore della discussione osservazioni e dati intorno alla patogenesi del diabete, che oramai parevano definitivamente sorpassati.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DELLE OSSA.

Sull'osteomielite cronica, non suppurativa dell'adulto, con necrosi primitiva totale della diafisi.

(WINKELBAUER. *A. f. Kl. Ch.*, 120, p. 263).

Due casi, seguiti radiologicamente dal principio alla guarigione.

In un caso — donna di 34 anni — raschiamento dell'utero per aborto, preceduto da due giorni di febbre, indi dolori, come di rodimento nel braccio sinistro, progressivi, ed esacerbantisi, specialmente di notte. Dopo 14 g., tumefazione di tutto l'arto e impossibilità di movimento. Condizioni invariate per 2 mesi, senza febbre. Alle ripetute punture esplorative, nè essudato, nè pus. Applicazioni calde e riposo. Guarigione. Radiografie ripetute. A due mesi dall'inizio della malattia, necrosi dei 2 terzi inferiori dell'omero, rivestita da uno strato osseo periostale, e bene delimitata dalla parte sana, con un difetto nel suo mezzo, che depone per riassorbimento della sostanza necrotica. A 3 mesi, ispessimento della produzione periostale, che ha sorpassato lo spessore della normale corticale, progressivo riassorbimento del sequestro. A 4, la diafisi appare massiva, appena accenno del sequestro. Nove anni dopo la malattia, l'osso è fortemente sclerosato, sempre ispessito, la cavità midollare è assottigliata. Nessuna traccia di sequestro. Corrispondentemente, il risultato funzionale è pure ottimo. Leggero ispessimento delle parti molle, specie al lato estensorio. Nessun dolore, nessuna diminuzione di forza.

Nel secondo caso — uomo di 40 anni — senza precedenti, achilia con perdita di appetito e stimolo al vomito. Dopo 14 giorni, improvvisamente, senza trauma, dolori violenti al braccio destro. Regressione dei dolori gastrici, senso di pesantezza al braccio. Dopo alcuni giorni, tumefazione notevole del braccio e dell'avambraccio. Mai febbre. Nessun arrossamento della cute. Edema, ma non dolore delle parti molli. Radiografia: 6 settimane dopo il principio della malattia, la diafisi dell'omero destro è circondata quasi interamente da un mantello di deposizione periostale, ed è necrosata e rarefatta dal collo chirurgico a 3 dita sopra il gomito. Due mesi dopo l'inizio si manifesta un punto fluttuante alla superficie anteriore del braccio. Puntura esplorativa: circa 2 cc. di liquido sieroso torbido con un po' di sangue e qualche goccia di grasso, che, insemenzato, dà sviluppo a stafilococchi: 1 cc. dell'essudato iniettato intraperitonealmente ad una cavia la lascia in vita. Il malato presenta leucocitosi a 18,500. Dopo altri 2 mesi, circa, tumefazione non arrossata al lato esterno del braccio, che regredisce rapidamente. Dopo un altro mese: ulteriore rarefazione e riassorbimento della massa ossea. Quasi contemporaneamente, maggiore tumefazione con arrossamento e dolori sulla metà della superficie brachiale anteriore, fuoruscita d'alcune goccie di pus contenente diplo- e stafilococchi. Alla radiografia: fibrificazione dei due terzi superiori del braccio con proliferazione periostale e cavità centrale contenente 2 sottili sequestri. Alla tumefazione delle parti molli corrisponde una cloaca. Sequestrotomia. Frattura spontanea. Guarigione dopo fistola.

Da notarsi, in ambo i casi, l'estensione e l'improvvisa insorgenza della necrosi. Ciò si può spiegare con embolia dell'arteria nutritizia, essendo insufficienti le anastomosi epifisarie. La mancanza di stadio acuto è frequente nelle osteomieliti non suppurative. E la mancanza del pus e la formazione di un essudato sieroso o mucoso sembrano dovute ad attenuazione della virulenza batterica. Nei 2 casi dell'A. si deve riconoscere una precoce e valida reazione del tessuto, manifestatasi con riassorbimento della necrosi da una parte e con apposizione periostale dall'altra. Quando il processo di riassorbimento della parte necrotica sia ridotto, rimangono invece i sequestri, e quando sia ridotto il processo di apposizione rimane l'osteomielite rarefacente. Anche nel secondo caso i sequestri erano ben piccoli rispetto all'estensione della necrosi.

Nel primo caso, la guarigione completa con riassorbimento spontaneo dell'osso necrotico indica come singolarmente indicata per que-

ste forme di osteomielite decisamente croniche senza pus, la terapia conservativa. Nel secondo caso non fu già la formazione del sequestro che indusse all'operazione, ma la perforazione dell'ascesso sottoperiostale, formatosi per trasformazione dell'essudato sieroso. Qualora non intervenga questa complicazione, è in ogni caso indicato per queste forme croniche, albuminose, di attendere il riassorbimento completo del sequestro.

B.

Il quadro clinico della malattia "Ossa di marmo,, o malattia di Albers Schönberg.

(F. SCHULTZE. *Archiv. Klin. Chir.*, 1923).

È una malattia sistematica delle ossa di cui sono noti fino quì solo 6 casi compreso quello dell'A. Il primo caso fu descritto da Albers Schönberg nel 1904 e la chiamò malattia delle ossa di marmo per il reperto radiografico in cui tutte le ossa davano un'opacità uniforme ed assoluta senza alcun segno della normale architettura a travate e del midollo.

È una malattia dell'infanzia e della fanciullezza ad andamento cronico e della durata di molti anni e consiste in una deposizione straordinariamente abbondante di sali di calcio che invadono tutto l'osso dandogli appunto la speciale opacità ai raggi X. Studiandola radiologicamente si vede che la deposizione di calcio comincia verso l'epifisi delle ossa lunghe e muove verso la diafisi interessando a mano a mano tutto l'osso.

Lo stesso si osserva nelle ossa del cranio, coste e in genere in tutte le ossa piatte. In pari tempo ci sono alterazioni istologiche a carico dell'ossificazione periostale e endostale, con la presenza di un deficiente strato osteoide, osteoplasti scarsi o alterati o raggrinziti. La deposizione di calcio interessa anche tendini, legamenti e il sistema arterioso in genere (specialmente vasi polmonari e cerebrali), il cuore e i reni dove in seguito ad arterite obliterante si stabilisce il quadro della glomerulonefrite cronica, e della aorta, mentre si trovano numerosi infarti di calcio nei vari organi. Segno di un'alterazione profonda del ricambio calcico e costituita da un'intensa escrezione con l'urina e con le feci di sali calcarei alternata a lunghi periodi di ritenzione, e da un aumento del contenuto in calcio del sangue. Le ossa non subiscono deformazioni esterne molto notevoli e mancano i segni della leontiasi ossea di Wirchow. Sono stati riscontrati in qualche caso stigmate di rachitismo. L'etiologia è ancora ignota, è stata ricercata in disturbi degli organi a secrezione interna. Nel caso dell'A. le paratiroidi erano nell'impossibilità di funzionare per lesioni vasali profonde. Laurell e Walgren in altro caso trovarono aplasia tiro-paratiroidea.

V. GHIRON.

MEDICINA LEGALE.

Valutazione del danno lavorativo consecutivo alla perdita anatomica e funzionale dei testicoli e all' "impotentia generandi,, negli infortuni del lavoro.

(S. DIEZ. *Rassegna della Previd. Sociale*, 1923).

I. CASTRAZIONE COMPLETA.

L'esito più grave che possa colpire un operaio affetto da malattie testicolari è la castrazione bilaterale.

Quantunque raramente si possano avere in seguito ad infortunio lesioni che interessino tutti e due i testicoli e conducano alla castrazione, tuttavia l'evenienza non è da escludersi specie quando si tratti di tubercolosi, la quale può propagarsi dall'uno all'altro testicolo.

Passerò brevemente in rassegna lo stato della dottrina medico-legale circa la valutazione della castrazione negli infortuni, prima di venire a conclusioni in ordine alle moderne vedute fisio-patologiche.

Il Thiem non ritiene che l'emasculazione sia causa di diminuzione della capacità lavorativa, come è dimostrato dall'attività esplicata dagli eunuchi e dagli animali castrati. Tuttavia non nega che possano esistere elementi di ordine morale da prendersi in considerazione, e che entro certi limiti di età non si possa tener conto della perdita della capacità *generandi*.

Il Becker pensa che se la cicatrizzazione operatoria è avvenuta regolarmente, e non esistono disturbi nervosi, non vi sia diritto ad indennizzo.

Il Rohmer ritiene che la perdita dei testicoli non importi incapacità al lavoro; solo presso gli individui giovani si può avere una diminuzione dell'energia che esercita un'influenza sfavorevole su l'esecuzione del lavoro professionale.

Della stessa opinione è il Sand.

Il Balthazard è, si può dire, il primo che prese in considerazione in modo esplicito la secrezione interna.

Egli ritiene che se essa è soppressa o diminuita si avrà, se non presto, tardi, una

diminuzione della capacità lavorativa. Il mutilato dei testicoli si troverebbe in uno stato intermedio fra la donna e l'uomo. Supponendo eguale a 50 il salario femminile, e a 100 quello maschile, si avrà il salario eguale a 75, e quindi il diritto ad un risarcimento del 25 per cento, per i castrati. Se l'infortunio è causa soltanto di infecondità non esiste diritto a risarcimento.

Il Blasius pensa che, a stretto rigore, un individuo castrato non risente alcun danno lavorativo; se l'individuo è giovane il fatto di non potersi ammogliare porta ad una limitazione nella scelta del mestiere paragonabile a quella che deriva dalle lesioni deturpanti, e quindi risarcibile nella misura del 10-15 per cento.

Il Golebiewsky propone un indennizzo del 50 per cento tenendo conto sia della perdita della capacità generativa che dei disturbi nervosi che seguono alla castrazione.

Il Remy, che nega qualsiasi risarcimento per la perdita del pene, lo fissa nella misura del 20 per cento per la castrazione.

Ammettono il diritto all'indennizzo, senza fissarne la misura, Forgue e Jeambrau.

Ollive e Le Meignen ritengono che allo stato della legislazione l'impotenza sessuale e l'infecondità non possano da sole causare diminuzione della capacità lavorativa. Non pensano potersi giudicare allo stesso modo per la castrazione e l'atrofia testicolare, a causa dei disturbi endocrini che ne derivano, consistenti per lo più in diminuzione delle forze, risentimento psichico, modificazioni morfologiche.

Imbert, Oddo e Chavernac ritengono anche essi che il danno è eguale tanto nella castrazione che nell'atrofia e che l'indennizzo spetti non per la perdita della funzione spermatica, ma di quella endocrina. Di regola la riduzione del salario, per i concetti esposti dal Balthazard, deve valutarsi al 25 per cento; nei giovani, essendo i disturbi maggiori, si può arrivare al 40-50; nei vecchi è sufficiente il 20 per cento.

Anche il Reclus condivide le idee del Balthazard.

Il Rieger si è occupato della questione a due riprese: nel 1896 e nel 1900. Nel primo lavoro distingue tre ordni di conseguenze derivanti dalla castrazione: la perdita del potere procreativo; le conseguenze fisiche della mutilazione; i danni psichici e morali. Pronunziarsi sul primo punto non è di competenza del medico; per il secondo non ritiene esservi diritto a risarcimento perchè non è dimostrato che per l'integrità della vita fisica sia necessaria l'influenza vitale del prodotto di secrezione; ritiene, invece, innegabile il danno psichico e morale e sufficiente a far considerare l'inabilità grave e non minore del 50 per cento. Nell'ultima pubblicazione, malgrado il progresso delle conoscenze sulle funzioni endocrine, sostiene, citando l'esempio di illustri eunuchi quali Origene, Narsete e Abelardo, che l'*emasculatio* non è affatto causa di danno nella personalità.

In Austria i castrati ottengono il 16 per cento (Wiener Schema).

L'insigne maestro dell'infortunistica italiana, Lorenzo Borri, esamina diffusamente la questione, già accennata in un primo scritto del 1902, nel suo Trattato sugli infortuni. Egli combatte l'opinione più recente del Rieger, e si avvicina a quella del Blasius, facendo qualche riserva circa gli effetti della castrazione come elemento diretto di diminuzione della capacità lavorativa nella sfera biologica. Ritiene, infatti, che le moderne conoscenze sulle secrezioni interne danno ragione dei fatti clinici che si osservano dopo la castrazione e che si ripercuotono sull'economia dell'individuo specie se giovane; queste modificazioni, però, sono presso che trascurabili di fronte ad un danno indiscutibile morale. Questo si ripercuote sulla psiche dell'operaio facendo sviluppare forme diversamente psicopatiche, ovvero si risolve in un abbattimento che porta al disinteresse della vita, degli affari, delle iniziative individuali. A tutti questi danni si deve aggiungere la rinunzia alla famiglia e quindi una limitazione nella scelta del mestiere, essendo i castrati celibi esclusi dalle professioni per cui si richieda la presenza dell'altro coniuge. Ritiene risarcibile il danno morale che leda direttamente o indirettamente la personalità, attenuando o inaridendo le sorgenti delle energie lavorative.

In quanto alla misura dell'indennizzo il Borri pensa che, pur riservando l'apprezzamento del danno ad ogni singolo caso, non si possa di massima fissarla ad una cifra più alta di quella proposta dal Blasius.

Anche il Giordano si occupa della questione. Egli crede che la castrazione, secondo il grado di perturbazione mentale che potrà eventualmente arrecare, possa portare una riduzione del salario che va dallo zero fino ad un massimo del 50 per cento.

Nella nostra legislazione per le pensioni di guerra la castrazione bilaterale è equiparata alla perdita del pene e assegnata alla 3ª categoria, corrispondente alla riduzione della capacità lavorativa del 70 per cento; quando coesista perdita del pene e dei testicoli si va

alla 2ª categoria (80 per cento); si intende che queste assegnazioni valgono quando la mutilazione non sia accompagnata da altri disturbi somatici e psichici. Evidentemente il legislatore, assimilando le due mutilazioni, così diverse agli effetti biologici, ha tenuto più che altro conto del danno morale che colpisce i giovani combattenti, privati della facoltà *coeundi*, non dell'effettiva diminuzione dell'energetica lavorativa. Certo è che, biologicamente parlando, la soppressione della secrezione endocrina apporta maggiore danno che non la perdita del solo pene.

Io ritengo che per risolvere equamente la questione della valutazione della inabilità lavorativa residuata alla perdita di ambo i testicoli occorre studiare bene le diverse funzioni cui, secondo le moderne cognizioni anatomo-istologiche e fisiologiche, è preposta la ghiandola genitale maschile.

La castrazione, oltre privare il soggetto del potere sessuale, produce disturbi che si riverberano sull'economia generale dell'organismo, più o meno gravi a seconda dell'età.

Gli elementi da prendersi in considerazione per la valutazione sono:

a) l'incapacità *generandi;*

b) l'*impotentia coeundi* con la sua ripercussione nella sfera psichica e morale;

c) la soppressione della funzione diastematica con i disturbi bio-psichici che ne conseguono.

L'*impotentia generandi* non è elemento che *da solo* produca un'effettiva diminuzione dell'energetica fisica e psichica. Non vi è alcuna differenza, nè fisiologicamente vi può essere, fra l'attività lavorativa di cui sono capaci i soggetti dotati di potere fecondativo, e quelli affetti da sterilità, in ambo i sessi. Gli spermatozoidi, secondo le esperienze di Brown-Séquard e di Hénocque, non partecipano per nulla all'influenza dinamogena esercitata dalle secrezioni testicolari sulle diverse attività, fisiche, morali ed intellettuali.

Nè si può dire che la sterilità leda, come l'impotenza sessuale, la personalità di chi ne è colpito. In ogni modo, nel caso della castrazione, questo danno è assorbito da quello più grave che deriva dalla perdita del potere sessuale.

Riguardo all'*impotentia coeundi*, io condivido pienamente l'opinione espressa, con la consueta lucidità, dal Borri; i disturbi psichici e i fenomeni di indole morale inerenti all'impossibilità di soddisfare i bisogni sessuali sono così intuitivi che è superfluo descriverli; nè, d'altra parte, io potrei gareggiare con l'insigne maestro nella chiarezza e venustà di forma con cui furono da lui tracciati.

Una riserva ho solo da fare: molte delle anomalie psichiche osservate, essendo conseguenza della soppressione della secrezione ormonigena, rientrano piuttosto nella sfera biologica che in quella morale.

In quanto alla limitazione della scelta del mestiere derivante dall'*impotentia coeundi*, messa in evidenza dal Blasius e anche dal Borri, io non nego che in linea teorica esista, e che essa sia risarcibile secondo i criteri prevalenti nell'infortunistica. In pratica, però, ritengo questa forma di minorazione (che, nel caso, non potrebbe riguardare che gli operai celibi all'epoca della emasculazione), insignificante e quasi d l tutto trascurabile. Se vi sono, infatti, mestieri in cui sono preferiti gli ammogliati, ve ne sono altri in cui la scelta favorisce i celibi (camerieri privati, ad esempio, guardiani, corpi militarizzati, ecc.); esiste quindi una certa neutralizzazione fra questi elementi di preferenza. D'altra parte non si può negare il danno maggiore morale che risente l'operaio castrato dopo il matrimonio di fronte a quello celibe; la gelosia, l'umiliazione, l'avvilimento, d'un individuo che, impotente, vede giacere al suo fianco una giovane sposa ardente di «marital desìo» insoddisfatto, sono fattori di grave turbamento nella esplicazione di ogni genere di attività.

Per quanto riguarda il terzo elemento, allo stato attuale della scienza, che ha dimostrato l'importanza grande degli ormoni genitali nell'economia generale dell'organismo, e la correlazione esistente fra secrezioni delle diverse ghiandole endocrine, non posso del tutto accettare le conclusioni cui pervennero il Rieger e il Borri. Il trascurabile valore da essi dato alla soppressione della funzione diastematica è evidentemente dovuto alle scarse e contraddittorie conoscenze che si avevano sulla fisiopatologia delle secrezioni interne all'epoca in cui furono pubblicati i loro scritti. Oramai è dimostrato che la soppressione degli ormoni genitali è causa di alterazioni più o meno gravi nella via vegetativa e nella sfera psichica che minorano la capacità lavorativa. Il grado maggiore o minore delle alterazioni è subordinato all'età dei soggetti e alla loro costituzione individuale, non dovendosi dimenticare che la correlazione esistente fra le diverse ghiandole endocrine fa sì che i disturbi varino notevolmente da soggetto a soggetto.

Volendo concretare in cifre il grado di debilitazione lavorativa dei castrati, io ritengo che non è possibile, nè corrispondente al risultato delle cognizioni dottrinarie e delle osservazio-

ni cliniche, fissare un identico indennizzo per tutti.

Come abbiamo visto, le alterazioni che derivano dalla soppressione della secrezione interna testicolare, per un meccanismo fisiologico ancora non del tutto conosciuto, ma che è probabile trovi la sua spiegazione nella correlazione esistente fra le diverse ghiandole, non sono eguali in tutti gli individui. I disturbi fisici e psichici, inoltre, sono molto più gravi nei giovani, meno gravi negli adulti, quasi trascurabili nei vecchi. Pare accertata nei castrati una senilità precoce con accorciamento della vita, fatti questi che hanno una evidente ripercussione sulla capacità globale di guadagno di un lavoratore. Non si può quindi accettare nè l'indennizzo proposto dal Blasius, in molti casi inadeguato al danno risentito dall'operaio, nè la formula alquanto semplicista, empirica ed artificiosa del Balthazard. È ben lungi, infatti, dall'essere conforme al vero che il lavoro femminile produca un rendimento economico equivalente alla metà di quello dell'uomo, ed è del tutto empirico il criterio medico-legale che assimila il rendimento dei castrati ad un *quid* intermedio fra quello dell'uomo e quello della donna.

A me pare che un equo indennizzo debba essere la risultante di due coefficienti; uno fisso, costante in tutti i castrati, l'altro variabile a seconda della maggiore o minore gravità che presentano i disturbi fisici e psichici da cui è colpito il singolo individuo.

Costituisce un danno che può considerarsi costante, e presso che identico per tutti i lavoratori, quello derivante dalle lesioni che la castrazione induce nella personalità morale del mutilato.

Questo coefficiente fisso può tradursi in cifre ammettendo una debilitazione lavorativa del 25 per cento.

L'altro coefficiente, da aggiungersi al precedente, è evidente che varia entro limiti piuttosto ampi. Il nostro giudizio, però, nel valutarlo, non deve basarsi su ipotesi, induzioni e probabilità più o meno cervellotiche e... metafisiche, ma deve avere la sua giustificazione in fatti concreti, rigorosamente accertati nella loro essenza e nelle loro conseguenze. Il periodo di tempo concesso per la revisione può essere sufficiente perchè i disturbi endocrini si manifestino e sviluppino. È ovvio che ove eventualmente risulti provato che le turbe psichiche, dirette e indirette, connesse con la castrazione abbiano portato al suicidio, è l'infortunio responsabile anche della morte o dell'ulteriore danno derivato alla persona da tentativi non riusciti.

Che le minorazioni della capacità lavorativa derivanti dalla castrazione siano permanenti non è da porsi in dubbio. Nè la terapia endocrina, nè operazioni più o meno miracoliste delle quali fu fatta larga volgarizzazione *reclamista* dalla stampa politica hanno dato finora risultati che ci autorizzino a ritenere possano anche in parte sostituire durevolmente le funzioni di quella ghiandola alla quale non a torto in tutti i tempi e da tutti i popoli è stata conferita dignità di nobiltà.

Non ritengo neppure possa prendersi in considerazione, come terapia morale, il tentativo di fornire i castrati di testicoli..... estetici, come l'iniezione o l'introduzione di paraffina già solidificata e modellata nelle logge scrotali, o l'introduzione di corpi estranei testicoliformi di metallo, d'avorio, ecc. Non solo i risultati di questa protesi genitale non furono sodisfacenti, ma si dimostrarono inutili come mezzo di suggestione. La personalità dell'uomo non si sente lesa dalla mancanza di due ciondoli più o meno estetici, ma dall'insoddisfacimento dell'istinto che la natura ha elargito per la perpetuazione della specie!

II. EMICASTRAZIONE.

Tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che la perdita di un solo testicolo, quando l'altro sia sano e capace di funzionare, e quando non esistano altri disturbi legati all'intervento mutilatore (cicatrici dolenti, fistole ecc.) non dia alcun diritto ad indennizzo.

L'aforisma *testis unus, testis nullus* è d'ordine giuridico non medico, perchè un testicolo, funzionalmente parlando, ne vale due.

Quanto abbiamo esposto circa gli elementi costitutivi della minorazione lavorativa che colpisce i castrati bilateralmente, ci dispensa dall'illustrare l'equità di questo giudizio. Negli emicastrati, infatti, non esistono alterazioni del potere fecondativo, della potenzialità sessuale, della secrezione diastematica. Specialmente negli adolescenti si è osservato che il testicolo superstite si ipertrofizza in modo da compensare la perdita della funzione dell'altra ghiandola.

Secondo il Pende non si può escludere che esistano rapporti fra gli ormoni secreti dalla ghiandola di un lato ed i tessuti della metà del corpo corrispondente, a causa forse di un'affinità elettiva speciale fra ormoni e tessuti omolaterali per ragioni ontogenetiche. Gubler, Larrey, Rendu, Gaillet, videro qualche volta una mammella ipertrofizzarsi.

Anche se questi fatti risultassero confermati, si tratta soltanto di modificazioni puramente morfologiche riguardanti i caratteri sessuali secondari, che nessuna alterazione possono apportare nella vita organica e psichica. Clinicamente, infatti, non si riscontrano mai alterazioni di questo genere nei numerosi casi di atrofia completa monotesticolare che si presentano all'osservazione.

Per sostenere il diritto all'indennizzo per la perdita di un solo testicolo non si può invocare, a mio avviso, il fatto che si concede il risarcimento agli individui che in seguito ad infortunio siano rimasti privi di uno di altri organi simmetrici del corpo umano, come gli occhi, i reni, ecc. I due occhi, infatti, completano con la loro coesistenza la funzione visiva, nè esiste azione vicaria reciproca fra di loro. Per quanto riguarda i reni, è vero che la mancanza di uno di essi può essere supplita da iperfunzione del superstite; il superlavoro, però, di un organo così importante non può a lungo andare non portare al defaticamento ed all'insufficienza funzionale, con gravi conseguenze per la salute e l'esistenza stessa. La funzione testicolare non può lontanamente paragonarsi a quella renale, sia per la sua natura che per importanza vitale; inoltre non è stato finora dimostrato che sia causa di ipogenitalismo e di facile esaurimento se concentrata in una sola ghiandola. Chi ha un solo rene, per il semplice fatto che ne ha uno solo, è colpito da un danno potenziale sempre immanente che, come spada di Damocle, sta sospeso sul suo capo. Chi ha un solo testicolo non ha, a causa dell'unicità dell'organo funzionante, alcun pericolo da temere per l'integrità di esso; può solo correre il rischio di rimanere emasculato se per una nuova malattia è costretto a farsi asportare anche quello. La possibilità di questa evenienza, quando la nuova malattia sia del tutto imprevedibile, non mi pare sufficiente a creare il diritto all'indennizzo.

Ove capiti che l'alterazione morbosa che conduce alla castrazione del testicolo superstite sia connessa con l'affezione che ha provocato l'asportazione del primo (tubercolosi, ad esempio) nessun danno soffrirà l'operaio per il fatto che non fu indennizzato la prima volta, perchè il diritto ad essere risarcito completamente dopo il secondo accidente è indiscutibile.

Quando, infatti, un individuo monorchide nel senso anatomico o funzionale, qualunque sia stata la causa determinante la precedente mutilazione, subisce, per conseguenza di un infortunio sul lavoro, la perdita del testicolo superstite, viene privato totalmente di quelle funzioni specifiche della ghiandola genitale che in modo completo erano disimpegnate dall'unico testicolo. Prima del trauma egli malgrado la sua monorchidia non era colpito da alcuna minorazione lavorativa; le lesioni della sua personalità fisica e morale compaiono solo dopo la perdita dell'organo superstite; il risarcimento deve corrispondere al danno della totale castrazione.

Il caso non è difficile a constatarsi nella pratica, specie quando esista ritenzione di un testicolo, e l'altro venga asportato in conseguenza di un infortunio.

Quantunque le ricerche dell'Uffredduzi non permettano di affermare che la posizione abbia di per sè una sicura influenza sulla funzionalità del testicolo, è dimostrato che possono esistere nella ghiandola ritenuta anomalie congenite dovute ad arresto di sviluppo di vario grado, dimostrate istologicamente dall'Hunter, che possono compromettere in tutto o in parte la funzione. Occorre, in ogni modo, ricordare che non è rara l'osservazione di testicoli ritenuti con spermatogenesi normale; ne riferirono casi il Marri, il Basso, il Lanz, il Rawling, l'Uffreduzzi; secondo il Rawling la funzione spermatogena si trova nel 40-50 per cento dei casi, secondo l'Uffreduzzi nel 10 circa. Vi sono, inoltre, testicoli ritenuti bilateralmente ed atrofici in modo marcato che conservano la funzione endocrina, dovuta a piccoli isolotti di cellule ghiandolari che hanno conservato il potere secernente.

Nel caso di emicastrazione di un testicolo normale, non possiamo pertanto concludere per la soppressa funzionalità del testicolo superstite ritenuto, e concedere l'indennizzo spettante per l'emasculazione, che quando, oltre alla prova dell'infecondità, esistano sintomi obiettivi sicuri che dimostrino la soppressione della funzione endocrina e dell'appetito sessuale.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

N. PENDE. *Le debolezze di costituzione*. Collezione Bardi, Roma. Volumi due L. 16.50.

Questi due volumetti della collezione Bardi sulla debolezza di costituzione rappresentano una sintesi originale, che Nicola Pende offre agli studiosi italiani. Sintesi moderna di concetti, che la più forte affermazione ebbero ed hanno in Italia; opera di rivendicazione sulla apparente novità, che ci ritorna dall'estero con parole spesso esotiche, per rivestire un concetto, già patrimonio della scienza medica italiana. Nell'opera di sintesi l'A. sa aggiungere allo scheletro solido la polpa moderna, attraverso le conoscenze sulle secrezioni interne e sui nervi simpatici ed autonomo, nozioni che hanno completato e chiarito la prima apparenza misteriosa della osservazione clinica.

Le debolezze di costituzione sono nel primo volume trattate dal punto di vista generico (definizione, semeiologia, classificazione e principali ectipie della costituzione generale). Nella seconda parte l'A. studia le anomalie e debolezze costituzionali localizzate (cute e appendici cutanee, scheletro e muscoli, sangue ed organi emolinfatici, apparato circolatorio, respiratorio, digerente, urogenitale, nervoso, endocrino).

Nella classifica delle debolezze di costituzione è un tentativo quale le moderne concezioni permettono; nell'analisi è un duro sforzo del clinico, che ad ogni passo, nella necessità di individualizzare, trova i tipi inquinati da variazioni e da ectipie che frustrano perfino l'opera sintetica faticosamente raggiunta. Ma non è sempre la clinica la macchina demolitrice della patologia, dopo avere costituito, colla media delle sue osservazioni, le fondamenta ed i dettagli dell'edifizio?

Il pubblico italiano sarà grato a N. Pende, che è uno studioso appassionato, della volgarizzazione di principî della scuola costituzionalistica in cui l'ingegno italiano ha stampato e stampa sempre tracce durevoli. Anche noi siamo convinti che non si può più essere schiavi delle leggi rigide della etiologia e della patogenesi, stabilite con eccessiva presunzione dal laboratorio: a queste leggi già molti anni fa si ribellò G. Baccelli, mente poderosa di clinico, quando negò contro gli entusiasmi d'oltre Alpe, al bacillo della tubercolosi la capacità di comprendere tutta la malattia tubercolare.

Pensiamo d'altra parte che del mare della clinica il capitolo delle costituzioni non può essere l'unico canale vivificatore. Considerato come uno dei fondamenti della clinica moderna, e non come tutta la clinica, lo studio delle costituzioni, volgarizzato e diffuso tra gli studiosi, sarà utile alla oculata pratica dei medici italiani. I due volumetti del Pende saranno letti e ponderati; in essi oltre al fermento che l'A. si augura di portare, sono nozioni che non devono essere ignorate da chi vuole avere la completa visione del malato e quindi anche delle condizioni di terreno, sul quale la malattia prende piede e si svolge.

T. PONTANO.

G. MARAÑON. *Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas*. Ruiz Hermanos, ed. Madrid. Pesetas 8.

Nel dilagare delle pubblicazioni sulle glandule a secrezione interna, Marañon sente tutto il disagio dello studioso, che teme di aggiungere una inutile diatriba tra le migliaia che popolano biblioteche e riviste: ma nel suo paese, vincendo un naturale senso di modestia, egli vuol tentare con la sua opera di dare una esatta sensazione, per quanto succinta, dei concetti già irremovibili di cui la fisiologia e la clinica alla dottrina della secrezione interna sono debitrici e che emergono, secondo la frase dell'A. solidamente, come la roccia nel mare agitato, al di sopra delle discussioni e delle passioni. Lo scopo dell'autore mira ad un'opera che quanto mai è necessaria in questo momento storico delle concezioni sulle glandule a secrezione interna, quando studiosi benemeriti hanno già fatto opera di critica demolitrice ad alcuni dei concetti fondamentali delle secrezioni interne (adrenalina, Gley e sua scuola). Portare una parola serena, distinguere la verità scientificamente dimostrata dalla ipotesi di lavoro o dalla speculazione scientifica è opera meritoria davanti agli occhi dei medici specialmente se non specializzati a questo genere di studio. Dopo una breve introduzione, nella quale è presa di mira l'opera di critica della scuola di Gley e di Stewart e Rogoff, con argomenti che tendono a neutralizzare la corrosione di uno dei capitoli fondamentali (l'azione ormonica dell'adrenalina secreta dalle surrenali), l'A. passa in rapida rivista i concetti e il significato fisiologico delle secrezioni interne, analizzandole partitamente e cercandone la sintesi, mettendo in luce i rapporti endocrini e nervosi e la stretta loro unione. Nel capitolo clinico, liberatosi dalle esagerazioni, con pochi tratti di pennello ci porta dinanzi alle più importanti sindromi uniglan-

dulari e poliglandulari; termina con un capitolo sulla opoterapia in cui la selezione oculata e rigorosa riduce nei suoi veri termini, quel tanto di veramente utile che la parte dottrinale e pratica dell'endocrinologia può fornire al momento attuale.

L'esposizione dell'A. è lucida: la serenità nei giudizi non potrebbe essere maggiore se si pensi al largo contributo personale, di chi ha vissuto la sua giovinezza con la giovinezza della scienza stessa. L'opera va letta e meditata.

T. PONTANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 9 marzo 1923.

Presidente: Prof. G. DAGNINI.

Alcuni casi di simpatectomia periarteriosa.

Prof. A. AVONI. — Seguendo la tecnica descritta dal LERICHE (*Presse Méd.*, 1914 e 21 dicembre 1922) ha praticato la simpatectomia periarteriosa in 8 casi per indicazioni varie, e cioè:

in due casi di mal perforante, con R. W. negativa; in quattro casi di gangrena senile; un caso di piaga varicosa, e un caso di contrattura muscolare dell'arto superiore sinistro in emiplegico da emorragia cerebrale.

Tale operazione, che LERICHE vuole ben distinta dal denudamento arterioso di JABULAY, con cui si recidono i nervi che decorrono sull'arteria in quel punto, ha lo scopo di raggiungere le terminazioni del simpatico periferico laddove formano i plessi vasomotori arteriosi, cioè in corrispondenza dell'avventizia, e di asportarle insieme con questa. Lo scopo sarebbe quello di rimediare ai danni apportati da quello che appare essere l'elemento fondamentale e comune a varie affezioni morbose, la deficiente irrorazione sanguigna sostenuta da uno spasmo continuato della musculatura liscia dei vasi arteriosi.

Venendo ad analizzare i risultati ottenuti, l'O. dice che nei due casi di mal perforante, operati nel luglio dell'anno passato, uno è guarito, l'altro è migliorato; nei quattro casi di gangrena senile, i risultati sono stati soddisfacenti in quelli di stadio iniziale, asfittico, con piede freddo, cianotico e con dolori e formicolii intensi; negli altri, a necrosi avanzata, l'intervento ha giovato ben poco; buonissimi risultati invece diede nel caso di ulcera varicosa della gamba sinistra, che era estesa e profonda fino all'osso, che datava da otto anni e che impediva calzar scarpe e la deambulazione. *Presenta il malato,* operato da quattro mesi, con un residuo di ulcera grande come una moneta da dieci centesimi e di ottimo aspetto, mentre l'individuo può stare in piedi e camminare per molte ore del giorno. Frattanto opina l'O. che, pur in possesso di tali risultati, non è autorizzato a confermare l'ottimismo del LERICHE, che vorrebbe estesa la sua operazione a molte altre affezioni, oltre ai casi di mal perforante pei quali appunto ideò il nuovo intervento.

Della simpatectomia periarteriosa nelle lesioni dei nervi periferici.

Prof. V. PUTTI. — Scrupolosamente attenendosi alla tecnica del LERICHE, è intervenuto in sei casi, che illustra anche con proiezioni di fotografie e disegni. Essi furono i seguenti:

Ferita al polso con ulceri trofiche all'anulare e gravi disturbi vasali e nervosi; intervento dopo 5 mesi; a distanza di 8 mesi miglioramento notevolissimo.

Grave ferita di guerra dello sciatico nella regione glutea; intervento a 6 anni dal trauma: nessun beneficio.

Due casi di lesione dello sciatico da ferita di guerra nella regione sacrale; intervento a 6 e a 4 anni dal trauma; esito nullo.

Paralisi parziale del plesso sacro-lombare per ferita di guerra nella regione lombare, con ulceri plantari; intervento a 7 anni dal trauma; esito confortante.

Ferita di fucile con frattura del femore, paralisi dello sciatico, ulceri plantari; intervento a 4 anni dalla ferita; nessun risultato.

Nel riferire di ogni caso gli esami neurologici e oscillometrici, prima e dopo l'intervento, commenta gli scarsi effetti avuti nel maggior numero dei casi.

Della simpatectomia periarteriosa.

M. PREZZOLINI. — Discorre sopra i casi riferiti dall'AVONI e dal PUTTI (vedi sopra) e sulle vere ed appropriate indicazioni del metodo LERICHE. Se i molteplici casi morbosi più sopra esposti sembrano tanto diversi fra loro, pure hanno in realtà caratteri fenomenici comuni, e cioè, ad esempio, ipotermia, dissensibilità, distrofie cutanee, contratture, disordini della eccitabilità elettrica. Ora, essendo questi fenomeni sostenuti da deficiente irrorazione sanguigna, in diretta dipendenza da uno spasmo permanente della muscolatura liscia dei vasi arteriosi, è abbastanza agevole comprendere come la simpatetomia periarteriosa possa rimediare al difetto d'irrorazione sanguigna in casi di lesioni vascolari. Non è agevole invece intendere come essa possa razionalmente applicarsi in casi di lesioni dei nervi periferici, di disordini nervosi d'indole reflessa ed in quelli provenienti da lesioni encefaliche. E su ciò il disserente, comprimario medico degli Ospedali, si intrattiene, indagando anche le probabili cause degli insuccessi e dei successi completi seguiti nei varî casi esposti. Mette in rilievo due fatti: la s. p. fu impiegata in casi di lesioni nervose gravissime e complesse, e anche tardivamente, e però certo ad alterazioni

strutturali già costituite ed invecchiate; gli effetti vaso-dilatatori della s. p. non sono permanenti, ma persistono al massimo tre settimane circa dopo l'intervento. Questi sono fatti che bene giustificano la conclusione che dal metodo LERICHE non si deve pretendere di ottenere più di quanto esso possa dare, e che è necessario di adattarlo precocemente, e nelle circostanze più favorevoli.

Sopra due casi di cisti solitarie del rene.

Prof. A. PIGNATTI. — Riferisce su due casi osservati nella Clinica Chirurgica universitaria, entrambi in donne attempate, che si lamentavano una di febbre e di un tumore al fianco destro, l'altra di dolori al fianco sinistro ed ematuria. Detto della difficoltà di diagnosi e dell'intervento, passa a presentare e descrivere i reni escissi, mostrando anche microfotografie. Le cisti sierose solitarie finora raccolte sono poco più di 80 e quelle ematiche circa 15; questa rarità d'affezione giustifica la pubblicazione dei suoi casi, di cui parla ancora sulla patogenesi attualmente incerta.

Dott. GUIDO M. PICCININI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 25 maggio 1923.

Eredità nelle malattie dell'occhio.

Prof. P. ENRIQUES. — L'O. espone le varie forme di eredità conosciute, e dimostra colla base di numerosi alberi genealogici sia quelle forme che sono indipendenti dal sesso, sia quelle altre in cui i maschi sono colpiti con predilezione. Illustra la possibilità che la stessa malattia si erediti diversamente in famiglie diverse, e presenta un albero genealogico originale sulla eredità della cataratta senile, che, insieme con pochi altri già noti riferentisi ad altre malattie, costituisce una nuova forma di eredità nella quale sono colpite tutte le femmine e nessun maschio della famiglia.

Contributo alla eziologia della demenza precoce.

Dott. E. MORPURGO. — Dall'esame anamnestico di 255 dementi precoci accolti nel quinquennio 1918-1922 nel manicomio provinciale di Padova, ritiene che nelle famiglie dei suoi malati le intossicazioni e le psicosi tossiche e postinfettive prevalgano su tutte le altre forme di malattie. Nella grandissima maggioranza dei pazienti, prima ancora dello sviluppo della malattia sarebbe esistita una originaria deficienza intellettuale e morale, con disturbi della ideazione, dell'affettività, della volontà, ed anomalie del carattere della condotta, talora associate a precocità dello sviluppo pubere, in qualche caso invece ritardo.

Studiando la associazione delle idee in tali ammalati e confrontandoli con gli imbecilli ed i dementi senili, ha trovato in tutti prolungamento del tempo di reazione, ma nei dementi precoci e negli imbecilli si avrebbe avuta una prevalenza di associazioni interne sulle esterne con frequenti tautologie, mentre nei dementi senili si avrebbe notato superiorità numerica di associazioni esterne (verbali-motorie) e di associazione per assonanza con frequenti errori di complesso. L'O. pur accettando l'ipotesi che il fattore patogenetico essenziale della demenza precoce possa essere una autointossicazione, crede che essa si svolga nel più dei casi sopra un'individualità originariamente deficiente dal lato intellettuale e morale.

Sulla determinazione quantitativa del fermento lab.

Dott. G. DE TONI. — L'O. facendo seguito ad altre ricerche ha confrontato i risultati dei varii metodi proposti per ottenere il fermento lab dalla muccosa gastrica. Egli ha preso in esame, oltre la semplice macerazione cloridrica il metodo recente di MICHAELIS e ROTHSTEIN che darebbe una approssimazione del ? + — 5 %; la macerazione cloridrica neutralizzata; il metodo di FRIDBURG; quello di HAMMARSTEN; quello di ERLENMEYER, ed alcune loro varianti.

Le esperienze furono condotte con lab di vitello su latte di vacca e con lab di capretto su latte di capra. Esse dimostrarono che con i metodi che non alterano profondamente la muccosa come la macerazione cloridrica ed anche il metodo di Fridburg si ottengono altri valori in unità-lab; cattivi risultati dà il metodo ERLENMEYER, peggiori ancora quello di HAMMARSTEN. Dannosissima è la neutralizzazione che distrugge tanto maggiori quantità di fermento quanto più è prolungata. Sono quindi da preferirsi i metodi più semplici e che più si avvicinano alle condizioni fisiologiche.

Seduta dell'8 giugno 1923.

La secrezione psichica dello stomaco del bambino.

A. RONCATO. — Approfittando di un bambino affetto da stenosi completa dell'esofago per ustione da varecchina e da fistola gastrica, l'O. potè constatare che nel bambino non esiste secrezione psichica per semplice vista o desiderio del cibo.

Secrezione gastrica si ottiene invece in seguito a sensazioni gustative gradite (dolce). Anche le sensazioni gustative da acido producono modica secrezione gastrica non ostante che tali sensazioni riescano sgradite al paziente.

Gli amari e i sali inibiscono la secrezione gastrica.

L'O. conclude che le osservazioni sue non del tutto concordi con quelle classiche del Paulow compiute sul cane, dimostrano la necessità di essere oltremodo cauti nell'applicare senz'altro all'uomo i risultati ottenuti da esperienze fatte sull'animale, specialmente quando fra i fattori influenzati ne esistano taluni di natura psichica.

La frattura del ciglio cotiloideo nella lussazione iliaca della testa del femore.

F. STOCCADA. — Presenta un raro caso di frattura del ciglio cotiloideo in seguito a trauma. All'esame radiografico la testa del femore era leggermente lussata in alto, e al disopra di essa si vedeva un'ombra triangolare a vertice all'esterno e in basso, rappresentante il ciglio fratturato. Colla riduzione sotto narcosi seguita da immobilizzazione e poscia colla chinesiterapia si ebbe la guarigione del paziente.

Praticamente, se era possibile stabilire una lussazione femorale accompagnata da frattura, riusciva impossibile stabilire la sede di questa. Il caso si presta anche ad una quistione teorica: se cioè si tratti di vera frattura del ciglio cotiloideo, o invece di un distacco dell'*os cotyloideum superius* descritto dal PERNA.

La struttura istologica dell'imene in rapporto alla sua evoluzione morfologica.

A. DELLA VOLTA. — La morfologia imenale appare dominata da un particolare istologico finora sfuggito ad una valorizzazione morfogenetica, per quanto presente nell'età embrionale ed infantile, il quale, scomparendo, conservandosi in maniera totale o parziale, od ancora evolvendosi in svariate fogge, ne crea i fondamentali aspetti. Questo particolare che si rileva nelle sezioni microscopiche in forma di sprone (calcar hymenale) è situato sulla linea mediana, e si può ritenere omologo al rafe di altre parti anatomiche originariamente duplici, rappresentando un segno residuo della duplicità dei dotti di MÜLLER. Ad esso è dovuta la forma carenata tanto comune nell'imene infantile; ed alla sua conservazione si deve il setto dell'imene setto, spesso rappresentato da residui o da appendici svariate che ricordano in tal modo una caratteristica costante, ma normalmente destinata a scomparire dell'imene fetale.

Formazione ossea eteroplastica, tubercolosi ed adenomioma del legamento rotondo dell'utero.

D. CALZAVARA. — L'O. presenta ed illustra con preparati e disegni istologici una formazione ossea riscontrata nel legamento rotondo sinistro di un utero fibromiomatoso e tubercoloso asportato chirurgicamente. Trattasi di una neoformazione ossea atipica sorta attorno a focolai di necrosi caseosa (tubercolare) esistenti nel legamento rotondo accanto a nodi adenomiomatosi. Tali formazioni ossee, raramente riscontrate nell'apparato genitale femminile, non furono finora mai descritte nel legamento rotondo, sicchè il caso descritto dall'O. è da ritenersi il primo del genere descritto nella letteratura.

G. CEVOLOTTO.

Ospedale Civile di Venezia.

SEDUTA SCIENTIFICA.

Il ripristino funzionale nelle artroplastiche del ginocchio.

F. DELITALA. — Presenta una malata operata due anni prima per anchilosi del ginocchio di origine gonococcica. Praticò la mobilizzazione mediante interposizione di un lembo libero di fascia lata. Non si dilunga nei particolari di tecnica e richiama l'attenzione dei colleghi sopratutto sulla funzione della articolazione ricostituita. L'operazione eseguita è capace di ridare il *ripristino funzionale completo dell'articolazione del ginocchio.*

Prof. GIORDANO. — Dall'esame della malata si può realmente vedere che la mobilizzazione è riuscita ottimamente. I progressi della chirurgia anche in questo campo tanto dibattuto sono indiscutibili.

Lussazione dello scafoide da trauma in piede cavo.

F. DELITALA. — Un uomo sui 45 anni entra in Ospedale in osservazione perchè pretende di essere indennizzato per deformità permanente ai piedi consecutiva, secondo lui, a caduta in piedi dall'altezza di 4 metri.

Si può stabilire invece che il cavismo e leggero varismo dei piedi preesistevano al trauma e che la lussazione verificatasi al piede sinistro ha anzi migliorato notevolmente la deformità. Trattasi quindi di un traumatismo che si può chiamare benefico. Discute il meccanismo della lussazione e conclude coll'affermare che i piedi cavi hanno una conformazione che si presta alla produzione di dette lussazioni. Pone in evidenza l'importanza di un accurato esame per discriminare le alterazioni del piede dovute ai traumatismi da quelle preesistenti.

Sigmoidite ipertrofica acuta ostruente.

R. BOTTESELLE. — Trattavasi di una ragazzetta di 11 anni la quale otto mesi avanti sofferse di una febbre gastro-intestinale.

Sei giorni prima di entrare in Ospedale ebbe dolori addominali circoscritti alla fossa iliaca sin., febbre, con vomito, scariche scarsissime ripetute di sangue e muco. Obbiettivamente presentava i caratteri tipici di un invaginamento del sigma, dolori vivi, ventre contratto, tumescenza a salsicciotto. Aperto il ventre si constatò trattarsi invece di una colite ipertrofica ostruente segmentaria cioè del tratto dell' S iliaca. Fu posta una sonda rettale a permanenza oltrepassante in alto la pars stenosante e che fu rimossa dopo sei giorni. Il ventre fu lasciato temporaneamente drenato, poi richiuso. Fu curata con clisteri quotidiani di soluzione acquosa glicerino-ittiolata. Guarì completamente, al dì dell'uscita non si palpava più nulla nella fossa iliaca sin.

Per le negatività delle ricerche istituite venne esclusa la forma dissenterica, amebica, tubercolare, luetica e ammessa la diagnosi di origine da *bacterium coli.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La diazo-reazione di Ehrlich.

Le sostanze che provocano la diazo-reazione non sono del tutto note, sicchè questa per il carattere empirico e gli errori che vi si connettono era stata quasi abbandonata. M. Weiss (*Münchener med. Wochenschrift*, 1923, n. 13) ha da tempo ritenuto che la causa della reazione doveva essere ricercata nell'urocromogeno, il quale darebbe la colorazione gialla nella reazione con il permanganato che va sotto il nome dell'A. Confrontando le due reazioni, si è veduto che in molti casi di risultati negativi la reazione era soltanto disturbata da qualche fattore che si poteva eliminare mediante l'aggiunta di solfato d'ammonio. Successivi studii hanno portato l'A. ad ammettere che l'urocromogeno si trova nelle urine normali, in quantità di 0,04-0,06 g. *pro die* e che la positività della reazione si deve all'aumento di tale sostanza, in conseguenza di una distruzione dei tessuti, la quale sta in stretto rapporto con lo solfo neutro dell'urina. La quantità di urocromogeno è più elevata nel bambino, minore nel vecchio; aumenta nella fame, nella narcosi, nella gravidanza, diminuisce nella convalescenza di malattie gravi e nel mixedema. Particolarmente chiaro è il rapporto con la distruzione di tessuti in certe malattie; nella tisi si trova specialmente nei periodi di perdita di peso, nel tifo e nel morbillo essa esprime la gravità.

I valori normali di urocromogeno corrispondono all'usura delle cellule nell'organismo sano; nella malattia essi aumentano di 2-10 volte, parallelamente alla gravità di essa. Ora la distruzione di tessuti non è uguale in tutte le malattie; nel tifo è maggiore che in una semplice gastro-enterite, nella tubercolosi anzichè in un catarro influenzale, da ciò il significato diagnostico attribuitole; nella tubercolosi essa è anche un importante segno prognostico, indicando appunto l'intensità dei processi distruttivi. Questi dati soffrono un'eccezione quando la funzione renale diminuisce, poichè l'urocromogeno viene secreto solo dal rene sano; di fatto la reazione manca in quelle malattie che, pure accompagnandosi a distruzione di tessuti, sono connesse con diminuita funzionalità renale, come nella sepsi, nell'amiloidosi, nelle nefriti croniche, in fine di vita.

La tecnica per la determinazione dell'urocromogeno è la seguente: 150-250 cmc. di urina già trattata con solfato di ammonio (in rapporto di 34: 25) e filtrata, vengono estratti con alcool a 95° in rapporto di 40 a 10. Si concentra per evaporazione l'estratto a 8-12 cmc. e si pratica la reazione, aggiungendo a 5 cmc. del liquido 3 cmc. della miscela del reagente solfoanilico (24 parti del reagente $A + 1$ di B) e 1 cmc. di liscivia sodica al 20 %. Si confronta poi il colore con quello di una soluzione alcoolica (1/5000) di sulfonaftol (sodio-2-naftol-7-solfoacido). La quantità si riferisce poi all'urina dell'intiera giornata.

fl.

Sulla importanza della reazione dello "Sgambati" nelle urine.

Sgambati in uno degli ultimi Congressi di chirurgia indicò una reazione delle urine la quale sarebbe di grandissimo valore, sia diagnostico che prognostico, dimostrandosi specifica di una difesa peritoneale anche minima, e la cui intensità sarebbe in rapporto con la gravità del processo e con la virulenza dei germi. Il Solieri in un lavoro sulla stessa reazione, dice che sarebbe segno di immancabile sofferenza della sierosa, nel tifo, ed indicherebbe l'opportunità di un intervento chirurgico (enterocleisi omentale).

La reazione si esegue versando sopra 10 cc. di urine, 2-3 cc. di acido nitrico puro; nelle reazioni positive, sopra l'anello giallo rosso che si produce in ogni urina, si forma un anello bleu-grigio scuro che va sfumando in alto. Se dopo qualche ora si agita l'urina con cloroformio, questo precipita in fondo colorato in rosso rubino.

Dall'esperienza ora dell'A. (Timossi, *Minerva medica*, n. 9, 1923) risulta che nei casi in cui indubbiamente esisteva flogosi peritoneale, la reazione di Sgambati mancava od era incompleta; che in laparatomie decorse senza alcuna complicanza postoperatoria, la prima parte della reazione era positiva; che in tutti i casi di occlusione intestinale osservati si ottenne reazione positiva sia con l'acido nitrico, che col cloroformio.

Non si può perciò ritenere che la reazione di Sgambati sia specifica di una reazione peritoneale: è probabile che essa sia invece l'esponente di fatti stercoremici.

MONTELEONE.

CASISTICA E TERAPIA.

MALATTIE DEL SANGUE.

L'anemia perniciosa.

T. W. Tallqvist (rif. in *Presse médicale*, 30 giugno 1923) ha osservato che in Finlandia l'anemia perniciosa è particolarmente frequente, mentre la clorosi è diventata una rarità. Sembra fuori dubbio che l'anemia perniciosa sia in rapporto con un'intossicazione; essa, p. e., può essere provocata dalla presenza del Bothriocephalus latus e scomparire dopo l'espulsione di questo. Anche l'Anguillula intestinalis può provocare l'anemia perniciosa, come ha dimostrato Hemsen (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1923, n. 3). Indipendentemente dalle anemie di origine parassitaria, fra cui si deve citare anche quella da Ascaris lumbricoides, ve ne sono altre di origine gastro-intestinale manifesta, oppure in dipendenza di stenosi intestinali, di sprue, di carcinomi gastrici, di diarree persistenti accompagnate da achilia gastrica. Circostanza essenziale che permette l'azione del veleno anemizzante, e l'insufficienza costituzionale od ereditaria della parete intestinale.

Difficile è il giudizio prognostico; favorevole di solito nelle forme parassitarie, purchè la cifra delle emazie non sia troppo bassa (un milione e meno), tanto più che si deve contare anche sulla deglobulizzazione data dal vermifugo, a cui l'A. ritiene utile associare la morfina per iniezioni. Favorevole è pure la prognosi in caso di anemia gravidica o puerperale, mentre la forma che si osserva in vecchi sifilitici, che difficilmente si può mettere in rapporto con l'infezione stessa, ha di solito un'evoluzione progressiva, non influenzata dal trattamento specifico. Nella forma detta criptogenetica, la gravità è misurata piuttosto dal carattere nettamente progressivo, dalla persistenza della febbre, dall'assenza di crisi di riparazione sanguigna, anzichè dalla intensità della deglobulizzazione.

Dal punto di vista terapeutico, è anzitutto essenziale ripetere spesso gli esami delle feci; in caso di sifilide è consigliabile la somministrazione dello jodio, ma non quella del mercurio. Si ricercherà una eventuale stenosi intestinale allo scopo di trattarla chirurgicamente; in casi di achilia, Grawitz consiglia le grandi lavature dello stomaco e dell'intestino; altri autori, supponendo che la tossina anemizzante sia elaborata dai germi contenuti nel colon, arrivano a consigliare addirittura l'esclusione del colon, mediante un ano artificiale, che avrebbe dato a Seyderlim buoni risultati, i quali meritano però ulteriore conferma. Il riposo a letto, il clima di montagna, la medicazione cloridrica in caso di achilia sono raccomandati da Tallqvist, il quale riconosce però che le medicazioni più efficaci sono l'arsenico (1.5-2 centigrammi al giorno, continuati per quindici giorni) e la trasfusione sanguigna, praticata per via endovenosa od in forma di iniezioni endomuscolari ripetute; anche queste medicazioni non possono considerarsi come infallibili.

fil.

Il destino ultimo delle clorotiche.

E. A. Willebrand (*Acta medica Scand.*, 1923, suppl. III) ha fatto investigazioni sulla sorte di 33 clorotiche che erano state ricoverate antecedentemente nell'ospedale. Otto di esse, in un periodo di 4-19 anni erano morte; 5 per tubercolosi polmonare, 1 per morbo di basedow, 1 per malattia renale, 1 per infortunio. Tutte le sopravviventi avevano sintomi nervosi, 17 erano affette da psiconeurosi più o meno marcata; comuni erano i disturbi funzionali del cuore, 10 su 25 soffrivano di palpitazioni e dispnea al minimo sforzo, in 2 vi era miocardite. in 1 malattia valvolare. Il 50 % soffriva di neurosi gastriche, associata in alcuni casi con ulcera, ciò che conferma l'osservazione della frequente coincidenza dell'ulcera gastrica con la clorosi.

Nel 50 % vi erano disturbi mestruali, come dismenorrea, menorragia, mestruazioni irregolari; nella maggior parte le gravidanze erano accompagnate da nausee gravi, vomiti, debolezza generale; i parti però furono di solito facili.

In molti casi vi erano nella storia della famiglia delle note degenerative ed in otto alcoolismo del padre, spesso pazzia od altre malattie di carattere ereditario. La clorosi andrebbe dunque considerata come una malattia costituzionale con origini dipendenti da influenze profondamente radicate e lontane.

fil.

Il grado dell'emolisi nell'anemia di Biermer indicato dal contenuto in bilirubina del succo duodenale.

La determinazione della bilirubina nell'urina e nelle feci non dà un criterio esatto intorno alla distruzione dei globuli rossi; un criterio migliore, non però esatto si ottiene determinando il contenuto bilirubinico del siero di sangue. Ricerche eseguite in 9 casi di anemia di Bierwer. (A. SONNENFELD, *Med. Klin.* N. 44, 1922), hanno mostrato all'autore un costante aumento della bilirubina nel succo duodenale; il contenuto in bilirubina è proporzionale all'entità della distruzione di emazie.

L'A. ritiene perciò che la determinazione quantitativa della bilirubina nel succo duodenale rappresenti, accanto alla determinazione di essa nel siero di sangue, il metodo più sicuro per misurare l'emolisi. POLLITZER.

DIETETICA.

L'evoluzione della dietetica nelle nefriti croniche.

Le regole fondamentali sulle quali era basata la cura dietetica delle nefriti, hanno sofferto in questi ultimi tempi profonde trasformazioni, dovute non solo alla conoscenza del ruolo dei cloruri in patologia renale, ma anche agli abusi ed agli inconvenienti che il regime latteo ha originato.

Bastava infatti (Cheinisse: *Archivos de méd. cirugìa y especial.*, maggio 1923) la sola constatazione dell'albumina nelle urine per l'immediata indicazione del regime latteo, considerato come l'unico atto a far discendere il tasso di albumina. Però i clinici vedevano che malgrado i tre litri di latte dei trattati, con il regime latteo assoluto le forze diminuivano progressivamente. Secondo i calcoli del Gauthier, la razione media dell'adulto dovrebbe comprendere 100 grammi di sostanze albuminoidee e 400-450 grammi di principi terziari: ora per contenere questa quantità nel regime latteo, bisogna somministrare 4750 gr. di latte, ond'è che la alimentazione logica e ben equilibrata dell'adulto con il latte solo è impossibile ad ottenere. Medici russi e tedeschi intanto richiamavano l'attenzione su un certo numero di disturbi digestivi che potevano essere provocati dal latte: lingua patinosa, diminuzione dell'appetito, costipazione, produzione abbondante di gas e di prodotti irritanti nell'intestino; in tali condizioni l'assimilazione del latte è compromessa e tutti i vantaggi del regime latteo frustrati. D'altra parte (Noorden) la stessa abbondanza del liquido ingerito esercita un'influenza sfavorevole sul cuore. È perciò che Senator, Noorden, Vergely, Talamon, Vite, ecc. preconizzarono le diete miste latteovegetariane.

Stabilita dal Widal l'importanza del cloruro di sodio nella patogenesi dell'edema brigtico, venne il principio della dieta declorurata, dieta che in tesi generale deve essere istituita in tutti i casi di mal di Brigt con ritenzione clorurata, e che permette al nefritico di sopportare un pasto con legumi, pane, carne. Un esempio di dieta nelle 24 ore è il seguente:

Pane declorurato, gr. 200; carne, gr. 200; legumi, gr. 250; crema, gr. 50; zucchero, gr. 40; acqua, 1000-1500; vino, centilitri 30; caffè, centilitri 30.

È certo che la cura di declorurazione è utile: però di fronte a molti casi di edemi scomparenti con rapidità, ve ne sono altri in cui la disidratazione dei tessuti si ottiene solo ricorrendo anche ai diuretici. Si è rimproverato a questo regime il pericolo di una declorurazione troppo profonda dell'organismo: ma ciò è solo teorico poichè il regime più che «aclorurato» è ipoclorurato, e d'altra parte è noto che un organismo difficilmente cede i cloruri che entrano nella composizione degli umori e dei tessuti.

La questione della dieta ci fa sorgere altre questioni: conviene mantenere l'antica distinzione fra carni bianche e carni rosse?

Per molto tempo si è ammesso che le carni rosse sono più ricche di sostanze estrattive e per conseguenza nocive particolarmente al rene. Esperienze di numerosi autori hanno provato che la differenza fra le due classi di carni esiste, e si nota specialmente per l'acido urico. Un fatto che viene rilevato dall'A. stesso della terapia declorurata è che con questa non tutti gli accidenti delle nefriti sono evitati: contro la ritenzione ureica siamo completamente disarmati. La restrizione delle albumine nell'alimentazione, che costituisce la base della dietetica della ritenzione ureica, può prestare servizio nelle ritenzioni azotemiche iniziali, però è quasi inutile nelle grandi azotemie. Il regime a tal uopo raccomandato da Achard e Paisseau, regime gluco-amilaceo, presenta sulla varietà carnea del regime declorurato il doppio vantaggio di essere poco tossico e possedere, grazie allo zucchero, proprietà diuretiche particolari. Ecco il tipo di razione proposta:

Carne, gr. 50; patate, gr. 200; riso, gr. 100; Burro, gr. 50.

Contiene 15-20 gr. di albumina e rappresenta 1030 calorie.

Quando lo stato dell'infermo permette aumentare il contenuto in albumine, si dovrà dare la preferenza alle albumine vegetali (lenticchie, piselli, fagiuoli), alle uova, al latte, per giungere progressivamente all'alimentazione carnea. La guida in tale regime sarà data dall'eliminazione urinaria, specialmente dell'urea. MONTELEONE.

Problemi dietetici nella cura della diarrea e della stitichezza.

1. *Diarrea.* In principio può essere difficile determinare quale parte dell'intestino sia malata e da quale causa prima sia determinata la diarrea. È allora opportuno istituire la «dieta base», costituita di cacao in acqua, tè, farinate, riso o semolino ben cotti, pasta asciutta, burro, e anche carni leggere. Impor-

tante è la distinzione della diarrea da fermentazione dalla diarrea da putrefazione.

a) diarrea da fermentazione. Dipende da idrati di carbonio fermentescibili che arrivano al crasso in grandi quantità a causa dell'insufficiente digestione degli involucri di cellulosa dei granuli di amido. Perciò la terapia deve badare a non somministrare cellulosa.

All'inizio della cura si può applicare la « dieta base », in casi gravi è utile far precedere a questa dieta alcuni giorni di dieta idrica con l'aggiunta, dopo 1-2 giorni, di 1-2 uova e di biscotti. Il burro può venir dato senza timore; con grande precauzione verrà dato invece il latte nella convalescenza. Purées di patate, verudre e sugo di frutta verranno dati tardivamente. All'inizio della cura è opportuno sostituire la saccarina allo zucchero.

b) diarrea da putrefazione. La cura iniziale può essere meno severa; la « dieta base » dà buoni risultati. Zucchero e latte vengono tollerati. Nelle forme pancreatogene è utile l'opoterapia.

2. *Stitichezza. a*) forma eretistica. È accompagnata da alterazioni della mucosa e da spasmi; si deve evitare in essa la somministrazione di cibi troppo irritanti (pane di segala, erbaggi ricchi di cellulosa, alcune specie di frutta) e dare come cibi eccitanti la peristalsi soltanto purée di mele o di prugne, succo di frutta, latti acidi o fermentati, miele, erbaggi teneri. Utile è poi la somministrazione di olio di oliva, paraffina o sostanze che ritengono grande quantità di acqua: semi li lino (2-3 cucchiai al giorno), agar, ecc.

b) forma torpida. Sono utili i cibi grossolani che eccitano energicamente la peristalsi; pane di segala, cavolo, pomodori, carote rosse, frutta cruda in quantità, marmellate ricche di semi e di bucce.

H. Strauss. (*D. Med. Wochenschr*, n. 19, 1923.

POLL.

TERAPIA :

I nuovi anestetici (acetilene ed etilene).

È nota la distinzione fatta da Wieland fra i narcotici veri (cloroformio, etere, cloruro di etile) che sono caratterizzati dalla affinità per i lipoidi, ed i gas stupefacenti, come il protossido di azoto di cui si conoscono i vantaggi. Ancora più energico di quest'ultimo è l'acetilene il quale è del tutto sprovvisto di azione nociva sulla circolazione e sulla respirazione e non ha affatto sequele dannose come le complicazioni polmonari. Ciò che è poi prezioso con questo gas è la rapidità con cui esso provoca la perdita di coscienza ed il successivo risveglio.

L'acetilene utilizzato per la narcosi deve essere sbarazzato dalle impurità e particolarmente dall'idrogeno fosforato che gli comunica il noto odore agliaceo; quando è puro ha un odore *sui generis*, non sgradevole, che può anche essere mascherato con l'aggiunta di sostanze odorose. Per la somministrazione si usano due bombole di cui l'una contiene l'acetilene, l'altra l'ossigeno; dopo fatta l'iniezione di scopolamina-morfina, l'operatore applica la maschera e comincia con la somministrazione di una miscela al 60 % di acetilene e 40 % di ossigeno, portando dopo un minuto la concentrazione dell'acetilene al 70 % ed in seguito nuovamente a 60 %; l'abolizione della sensibilità e del dolore seguono rapidamente. Più tardi, con l'accentuazione della respirazione, si ha una tensione respiratoria dei muscoli retti addominali; per farla cessare, si diminuisce progressivamente la dose di acetilene, in modo da arrivare a 40-50 % che è la dose appropriata. L'anestesia va continuata sino alla fine poichè il risveglio è assai pronto; il paziente riprende poi rapidamente la conoscenza. In 220 casi citati da L. Cheinisse (*Presse médicale*, 7 luglio 1923) la narcosi più breve è stata di tre minuti, la più lunga di due ore e sedici minuti. Occorre tener presente che l'acetilene è infiammabile e che va trattato con le stesse precauzioni che l'etere.

Un altro gas recentemente proposto è l'etilene, che permette di ottenere rapidamente la anestesia chirurgica senza far provare al paziente la minima sensazione di asfissia, anzi dando una sensazione di benessere. L'etilene non esercita alcuna azione sulla pressione sanguigna, il ritmo respiratorio è regolare e lento, il rilasciamento muscolare è completo, il risveglio è rapido e i disturbi consecutivi si limitano ad un lieve stato nauseoso. Tale gas sarebbe preferibile al protossido di azoto, quando questo è controindicato, come nei bambini, nei diabetici, nei vecchi, in casi di arteriosclerosi avanzata o di pressione cerebrale elevata, come nelle operazioni sul cervello. Il grado di concentrazione più usato è dell'80 % circa. L'etilene è infiammabile ed il suo uso esclude quindi la presenza di scintille elettriche, di fiamme, l'uso del termacauterio; la miscela di 4 volumi di etilene con 96 di aria è detonante.

fil.

IGIENE.

Nuovi sistemi di allontanamento delle spazzature dalle città.

È un problema che si presenta importante specialmente per i grandi centri in cui è reso difficile anche dal grande traffico delle vie e dalle maggiori esigenze estetiche oltrechè igieniche; l'allontanamento deve essere studiato in modo da impedire il meno possibile la circolazione, da non disgustare la vista dei passanti e da non creare in mezzo all'abitato dei depositi di materiali produttori di fermentazioni e di esalazioni incomode. In sostituzione dei carretti, si sono adottati dei recipienti di raccolta in ferro, affondati nel terreno ad un metro di profondità e coperti da un chiusino in acciaio fuso; per evitare lesioni dei chiusini da parte degli autotrasporti, si consiglia di collocare tali pozzetti nell'area pedonale o negli angoli morti. Il fondo del cassone è bucherellato e scarica, in un sottostante vespaio, l'acqua piovana che si infiltra, evitando il costoso raccordo con la fognatura stradale. Lo spazzaturaio raccoglie i rifiuti con una pattumiera e li scarica nel pozzetto; di notte, mediante un carro munito di grue, si estrae il cassone e si scarica nel carro, mediante l'apertura del fondo. L'intervallo fra i pozzetti varia da 40 a 75 metri; ogni spazzaturaio ne ha a disposizione 4 o 5 sopra un'area di 5-6000 mq.; la capacità dei pozzetti è di circa 1/2 mc. I vantaggi sono evidenti; il vento non può agire sul contenuto; il pozzetto è del tutto inodoro; le mosche non possono penetrarvi; il costo ragguaglia quello di due carretti e vi è una reale economia nelle spese di manutenzione e di personale. Per la raccolta, da farsi durante le ore notturne, l'ing. G. Rodella (*Igiene moderna*, maggio 1923) consiglia di adottare un autocarro elettrico, che è silenzioso e, dovendosi fermare ad intervalli brevi, offre vantaggi sul motore a benzina che dovrebbe vincere troppo spesso l'avviamento.

Un altro problema urbano è quello di avere in vicinanza dei centri di produzione della spazzatura un locale in cui scaricare le carrette che raccolgono le spazzature domestiche e stradali, in modo da evitare la perdita di tempo e di energia per trasporti a lunghe distanze. A Milano venne escogitato un tipo di montacarichi meccanico che abbassa sotterra il carro collettore in cui viene vuotato il pacciume raccolto senza paleggiarlo e quindi senza produrre polvere. A tale sistema elegante, ma assai costoso, si potrebbe sostituire un piano inclinato su cui viene scaricato il pacciume; anche tale metodo esige però uno spazio rilevante nel cuore della città; in città montuose si possono adottare delle tramoggie addossate ad un muraglione separante due strade a diversa quota; dalla superiore viene versato il pacciume, che è raccolto nel carro posto nell'inferiore. L'A. ha fatto installare a Genova dei montacarichi elettrici, costituiti da piccoli casotti in cemento armato, che contengono cinque casse in lamiera metallica della capacità di un mc. (circa 7-800 kg.) in cui gli spazzaturai versano le loro carriuole; tali casse vengono poi sollevate e scaricate nel carro raccoglitore, per mezzo dell'apertura del fondo. La vuotatura si compie senza sviluppo di polvere e può farsi bene anche di giorno ed a più riprese.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abbonato 2823 (1):

È consigliabile E. EMERY. *Le traiement actuel de la syphilis.* Baillière, Parigi, 1921.

MONTESANO.

Ossigenoterapia. — Al dott. R. P.:

Ogni apparecchio capace di contenere un gas misurabile, è utile per la ossigenoterapia. Nel numerosissimo bagaglio per iniezioni di gas sterili non resta che la scelta, e ve ne sono di non molto costosi.

t. p.

Tecnica medica. — All'abb. 9868:

In ogni trattato di tecnica medica, di farmacologia e di patologia moderna lei troverà tutte le indicazioni richieste. Nè le iniezioni di olio ess. di trementina, nè le rivulsioni vertebrali, nè l'uso dell'urotropina sono metodi di cura che difficilmente si trovano descritti. La posta degli abbonati è stata istituita non per supplire quella elementare biblioteca, che deve essere compagna anche di ogni modesto medico, ma per dar chiarimento su qualche problema d'indole generale e moderno, sul quale difficilmente al medico pratico, relegato nei paeselli, riesce di trovare indicazioni nei comuni libri.

t. p.

Il polso nella febbre tifoide. — Al dott. M. G., abb. 2300:

Per evidenti ragioni, nella posta degli abbonati non possiamo fornire notizie bibliografiche. Lei potrà ad ogni modo trovare una estesa indicazione dei lavori più importanti sull'argomento nell'ottimo volume del Gallavardin *La tension artérielle en Clinique* (éd. Masson, Paris).

PONTANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il caso Ducrey.

Il *Policlinico* non si è occupato delle accuse che dagli assistenti della Clinica Dermosifilopatica di Roma vennero formulate contro il loro direttore, prof. Augusto Ducrey. Queste accuse furono da essi denunciate ai ministri dell'Interno e della Istruzione, comunicate alla stampa, medica e politica e successivamente presentate al Procuratore del Re.

I ministri fecero eseguire, ognuno per proprio conto, una inchiesta; ma i risultati delle due inchieste sono finora, per quanto noi sappiamo, rimasti segreti.

I periodici medici, e specialmente qualche giornale politico, ammannivano ai lettori notizie sulla irregolarità dell'andamento della Clinica Dermosifilopatica, sulle colpe del Direttore ed anche sui castighi che si minacciavano al Ducrey e finalmente sulla punizione che gli sarebbe stata inflitta, esprimendosi spesso in termini vaghi e tendenziosi.

Nel pubblico dilagavano informazioni e commenti in cui soffiava la passione per lo scandalo.

Noi sinora abbiamo preferito tacere. È nostra consuetudine di non lasciarci impressionare nè sorprendere da parole più o meno grosse, ma di dar peso a fatti concreti.

Questo riserbo non poteva essere minore, quando si trattava di un professore quale il Ducrey, che da trent'anni con le sue scoperte, i suoi studî, la sua vasta e sana pratica, ha tenuto alta in Italia ed all'estero la fama sua e della scienza italiana.

Ora che qualche fatto è venuto in luce, teniamo ad informarne i lettori.

È stato pubblicato che il prof. Ducrey fu destituito dal Ministero della Pubblica Istruzione. L'informazione è falsa: il prof. Ducrey non è stato destituito, ma si è dimesso dal suo ufficio. Si è dimesso, forse perchè aveva l'animo esacerbato dalla lotta impegnata contro di lui da taluni suoi assistenti, forse perchè, per sentimento di dignità, non volle che durante l'inchiesta giudiziaria il suo alto ufficio potesse in qualunque modo turbare la serena opera della giustizia; forse in un momento di disgusto o di debolezza.

Il secondo fatto è il responso dato dal giudice istruttore alla denuncia degli assistenti. Del decreto del giudice istruttore abbiamo potuto avere visione, e da esso togliamo fedelmente gli apprezzamenti più significativi.

Su conformi richieste del Procuratore del Re, il Giudice Istruttore di Roma, *previo esame anche delle inchieste amministrative*, ha dichiarato non essere luogo ad azione penale a carico del prof. Ducrey.

Sull'accusa di non aver data giustificazione circa l'impiego del sussidio ordinario di L. 8000 relativo al dispensario e del sussidio straordinario di lire 100,000 concesso dal Ministero dell'Interno per l'impianto degli ambulatori, osserva che l'accusa è stata in modo preciso ed esauriente dimostrata infondata dall'inchiesta eseguita dal Ministero dell'Interno e conclude che «è da escludersi in modo assoluto che il Ducrey si sia appropriato di un solo centesimo della somma rappresentata dai sussidi stessi».

Sull'accusa di avere assegnato al figliuolo dottor Cesare il sussidio di L. 5000 per lo studio della sifilimetria, osserva che il Ministero dell'Interno lasciò arbitro il Direttore della Clinica di scegliere l'assistente da inviarsi a Parigi, e conclude che « se anche il professore non si è preoccupato della impressione poco gradevole che il prescegliere il proprio figlio avrebbe suscitato negli altri assistenti, il Ducrey ha esercitato un suo diritto e nel far ciò non poteva commettere reato ».

Sull'accusa di essersi servito dei medicamenti della Clinica per la cura della clientela privata, osserva che le risultanze dell'inchiesta eseguita dal Ministero della Pubblica Istruzione, pur ammettendo che ciò per qualche caustico, per qualche materiale di comune medicazione possa essersi verificato, escludono che il Direttore della Clinica Dermosifilopatica di Roma abbia avuto di mira di ritrarre un lucro personale, chè anzi alcuni dei privati clienti del Ducrey lasciavano a favore della Clinica i medicinali da essi acquistati in farmacie esterne, così come il Ducrey offriva alla Clinica tutti i preparati a lui personalmente inviati dalle varie Case produttrici, e conclude col riconoscere la massima buona fede del Ducrey e con l'escluderne il dolo ed il personale tornaconto.

Ed infine sull'accusa dell'essersi servito del materiale della Clinica e dell'opera degli assistenti per ricerche, Wassermann ed analisi riflettenti i suoi privati clienti, osserva che gli assistenti ebbero così la possibilità di praticare analisi e ricerche che il mancato concorso di altri malati alla Clinica avrebbe altrimenti reso difficile; osserva che l'afflusso dei malati privati del Ducrey riparava alla scarsità di materiale, essendo assai pochi i malati che affluivano alla Clinica e all'Ambulatorio; pone in rilievo che, con l'interesse per i clienti privati, il Ducrey aveva uno scopo ben più alto di ordine scientifico, e conclude che il Ducrey «ha agito nella più perfetta buona fede e che tutto ciò che è risultato dall'istruttoria sta a reclamare di tale buona fede il pieno e completo concorso».

Registreremo, in omaggio alla realtà obbiettiva, altri fatti che venissero in chiaro. Intanto noi dobbiamo rallegrarci che siano svanite all'esame severo del magistrato le nubi che si erano addensate sul capo del Maestro di merito indiscusso.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 15 settembre. Medico chirurgo primario per la prima condotta, comprendente il solo paese, e la direzione medico-chirurgica dell'Ospedale Angioloni.

Medico-chirurgo per la terza condotta, con residenza in S. Piero. La condotta è montuosa.

Medico-chirurgo per la quarta condotta, con residenza in Bagno. La condotta è montuosa.

Ai Medici condotti è corrisposto uno stipendio di L. 6000 annue, nonchè L. 2000 per disagiata resid., oltre gli assegni di legge. Ai Medici della terza e quarta condotta spetta inoltre una indenn. di cavalcatura che per il 1923 è stabilita in L. 4000. Al medico-chirurgo primario verrà corrisposto oltre lo stipendio e le indennità dovutegli come medico condotto, un compenso di L. 6000 annue per il servizio medico e chirurgio gratuito per i malati poveri inviati nell'Ospedale Angioloni dal Comune di Bagno e dagli altri Comuni contermini, nonchè per il servizio di ambulatorio per i poveri.

FUBINE (*Alessandria*). — Medico di una delle due condotte. Stip. L. 4000 con tre aumenti quinquenn. del decimo, oltre la prima indenn. c.-v.; L. 800 indenn. trasporto e L. 700 uff. san. Scad. 15 sett.

GERACI SICULO. — Concorso a due posti di medico condotto. Stipendio L. 6000. Scad. 20 sett.

GROSSETO. — Il tempo utile per concorrere al posto di aiuto medico-chirurgo presso lo Spedale della Misericordia è prorogato fino al 15 ottobre.

NAPOLI. — Scad. 30 settembre. Direttore dell'Ufficio d'igiene. Stip. iniziale L. 15,500 annue, aumentabile a L. 17,000 al compimento del quinto anno di servizio. Il concorso è per titoli ed esami. Età non superiore a 49 anni, tranne per coloro che prestano servizio presso Comuni o Consorzi come Ufficiale Sanitario o impiegato di ruolo presso uffici d'igiene o reparti medico-micrografici di laboratori di vigilanza igienica. Gl'interessati dovranno far pervenire la domanda coi prescritti documenti non più tardi delle ore 12 del 30 settembre alla R. Prefettura (Ufficio del medico provinciale).

OGLIASTRO CILENTO (*Salerno*). — Medico condotto pei soli poveri del Comune. Stip. L. 4000, oltre la prima indenn. c.-v. come per legge; L. 1500 per la vettura ed eventuale incarico di uff. san. con un compenso annuo di L. 500. Scad. 30 settembre.

PERUGIA. *Ospedale civile*. — Assistente Sezione chirurgica. L. 4000 annue, alloggio nell'Ospedale, vitto e L. 15 per ogni giorno di guardia. Certificati di rito, ed inoltre stato di servizio militare, e dichiarazione di non coprire ed obbligazione di non assumere altri uffici incompatibili con i servizi dell'Ospedale. Servizio di guardia a turno, medicheria ed ambulatorio. Nomina per due anni; assunzione servizio 10 giorni dopo la nomina. Scadenza 30 settembre.

PRAGELATO (*Torino*). — L. 5000; uff. san. L. 500; bicicletta L. 500; alloggio L. 500. Scad. 15 sett.

RIVELLO (*Potenza*). — Due condotte mediche, l'una per il capoluogo, l'altra per la frazione di S. Costantino. Età per la prima 55 anni, per la seconda 40. Stipendio L. *Tremila* (!). Scad. 20 sett.

SCANDRIGLIA (*Roma*). — Condotta residenziale. L. 8000 lorde per i primi mille poveri; L. 2 per ogni povero in più. Prima indenn. c.-v.; quattro aumenti sessennali del decimo; L. 500 per uff. san. Tariffa per gli abbienti da concordarsi fra Medico e Comune. Scadenza 21 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel concorso per professore straordinario di Otorino-laringojatria della R. Università di Pavia, sono riusciti sopra undici concorrenti: 1° Caldera Ciro con voti 4; 2° Bilancioni Guglielmo con voti 5; 3° Calamida Umberto con voti 5.

Il prof. Bilancioni è stato ritenuto dalla Commissione come maturo per l'insegnamento e giudicato «uomo d'ingegno e di vasta cultura, anche al di fuori dell'ambito della specialità; esso ha presentato numerosi buoni lavori nel campo della materia su cui verte il concorso».

Tale giudizio trovò consenzienti tutti coloro che conoscono l'instancabile operosità scientifica del prof. Bilancioni a sui vanno i nostri vivi rallegramenti e l'augurio di vederlo salire presto all'insegnamento ufficiale.

La Commissione era composta dei proff. L. Pagliani, G. Gradenigo, V. Grazzi, G. Ferreri, S. Citelli.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione del Medico caduto in Guerra. Borse di studio per orfani di medici morti in guerra.

Il Comitato Esecutivo della Celebrazione del Medico caduto in Guerra ha diretto la seguente circolare alla Classe Medica per la istituzione delle borse di studio agli orfani dei Medici morti in guerra:

«La sottoscrizione per la celebrazione del Medico caduto in Guerra si è chiusa e la somma raccolta finora, L. 300,000, supera la spesa occorrente per il Monumento e per il Libro d'Oro.

È stata questa una manifestaione di alta solidarietà, umana e patriottica, di tutta la Classe medica italiana, residente ed emigrata.

Ma la nostra insistenza nel chiedere non ha limiti come non hanno limiti i nostri desideri.

Il MONUMENTO, opera superba di Arrigo Minerbi, eretto per l'eternità, alla future generazioni dirà come i medici nella guerra mondiale portarono il più grande contributo di sangue per la grandezza dell'Italia nostra.

Nel LIBRO d'ORO saranno illuminati i mille episodi di eroismo oscuro dei medici che a quello dei feriti confusero il proprio sangue lasciando la vita nelle notti di leggenda omerica, sul Carso e sull'Ortigara, popolate di canti di stelle, di fiaccole e aneliti; dei medici che nelle Unità Sanitarie Campali ed in prigionia morirono silenziosamente dell'istesso male che cercarono di vincere.

Ed i morti e gli eroi sono tanti.

E non ancora l'onda risanatrice del tempo ha placato il dolore delle madri, delle mogli, dei figli; ancora sanguinano i ceppi famigliari per le ferite subite.

Alle migliaia di lettere scritte per conoscere di ognuno le precise note biografiche, non poche madri hanno risposto con una forma dignitosa ed accorata: «Il povero defunto ha lasciato due angioletti di bimbi che.... ».

E ci rivolgiamo agli uomini di cuore soprattutto, e specialmente ai colleghi che non ancora hanno versato la propria quota, affinchè diano la propria offerta, anche modestissima. Questo denaro, unito a quello esuberante già raccolto, servirà ad istituire tante BORSE DI STUDIO in favore, per ora, degli orfani dei medici morti in guerra, ed in seguito degli orfani dei Sanitari in genere.

Il giorno in cui Gabriele D'Annunzio dirà il discorso inaugurale dinanzi al Monumento, ai bimbi, che più non ricordano le sembianze del padre, e che si avvicineranno acompagnati dalle madri in gramaglie e decorate, noi daremo qualcosa in più della semplice esaltazione eroica del medico caduto in Guerra.

E le ombre si placheranno.

Solo così noi avremo degnamente celebrato questo rito che è di fede e di amore.

Non abbia questo foglio la sorte misera dei tanti fogli diretti alla Classe Medica, ma dica a ciascuno tutta la nostra passione che vuol vivere ancora di un palpito di solidarietà più ampia e più grande ».

Le somme vanno inviate al Segretario generale: dott. Federigo Bocchetti - Direttore del Sanatorio Militare - ANZIO (Roma).

Corso complementare d'Igiene pratica nella R. Università degli Studi di Pisa.

Col 1° ottobre 1923 sarà aperto presso questa R. Università un Corso complementare d'Igiene pratica, a norma del R. decreto 29 maggio 1898, n. 219, e dei programmi pubblicati nel *Bollettino Ufficiale* dell'Istruzione pubblica del 16 marzo 1899.

Il Corso è bimestrale, da seguirsi regolarmente con giornalieri esercizi e lezioni, dalle ore 9 alle ore 12 e dalle 15 alle 17.

Al detto Corso sono ammessi, oltre i laureati in Medicina e Chirurgia, quelli in Veterinaria e in Chimica e Farmacia.

L'iscrizione resta aperta fino al 22 settembre 1923 presso la Segreteria dell'Università e si riceve dietro domanda accompagnata dal diploma o dal certificato di laurea, nonchè dalla quietanza dell'Economo per l'eseguito pagamento della tassa di lire 300, stabilita con R. D. 19 settembre 1921, n. 1620.

Le iscrizioni saranno dal Direttore della Scuola definitivamente stabilite secondo l'ordine di presentazione delle rispettive domande.

Alla fine del Corso vi sarà una prova di esami teorico-pratica, subordinatamente all'esito della quale il Rettore rilascerà l'attestato prescritto dalla Circolare 9 aprile 1904, n. 34, del Ministero della Pubblica istruzione.

Gli iscritti dovranno il 30 settembre prendere in consegna il posto di lavoro presso l'Istituto d'Igiene. Occorre un piccolo corredo di aghi di platino o nichel-cromo, due aghi da dissezione, pinze, forbici, bisturi, vetrini porta-oggetti e copri-oggetti, serie di 6 scatole di porcellana, pennelino di vaio, cmc. 500 di alcool denaturato e 200 di alcool assoluto. I forniti di microscopio adatto sono pregati di portarlo: esso può aversi in comune tra due alunni; in mancanza provvederà l'Istituto.

L'Istituto fornisce, sotto la responsabilità di ciascun inscritto, tutto il resto del corredo ed i reattivi necessari per le esercitazioni previste dai programmi.

Leonardo Bistolfi e le onoranze al sen. prof. Foà.

Leonardo Bistolfi ha dedicato un'opera d'arte al prof. Foà. Una vecchia amicizia lega i due personaggi, il cultore dell'Arte e quello della Scienza pura, fin da quando il Foà, da giovane, ebbe occasione di esprimere un giudizio sopra un'opera giovanile di Leonardo Bistolfi. All'artista non sfuggì il senso d'arte purissima dello scienziato: e da allora si amarono fraternamente.

Ora, per la giubilazione del prof. Foà, della quale a suo tempo abbiamo dato notizia, il Bistolfi preparò un busto degno dello scienziato. L'opera d'arte viene così giudicata dalla Rassegna *Le opere ed i giorni*: «L'agile scoltura in bronzo sovrasta la cattedra, dalla quale il Maestro insegnò il severo lingpaggio della scienza pura. Scolpita in atto di parlare, la figura si protende plastica, vivace, spiccandosi dalla rotonda nicchia murale; e ricorda l'insegnamento fertile del patologo geniale».

Un corso di Medicina del lavoro

compresavi la medicina ferroviaria, per medici pratici, si inizierà col 10 gennaio 1924 presso i RR. Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, con lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche, visite ai più importanti stabilimenti industriali di Milano e provincia, ed in accordo colla Direzione delle Ferrovie di cui valenti sanitari si presteranno come docenti, anche alle organizzazioni ferroviarie più notevoli. Per schiarimenti ed iscrizioni al Corso, che si chiuderà il 29 febbraio, dirigersi alla Segreteria, via Commenda, n. 12, dove vanno altresì inviate le domande in carta bollata. Quota d'iscrizione L. 200.

Un premio allo scopritore dell'insulina.

Il Parlamento Canadese ha assegnato una pensione annua di 7500 dollari (oltre 150,000 lire) al prof. Banting in premio alla sua scoperta della insulina.

I 14 punti di un igienista contro il "regime secco" in America.

Il dott. Hubbard, che dirige i servizi sanitarî della città di New York, eleva contro la legge sugli alcools i seguenti 14 punti, che i giornali hanno largamente diffusi con l'inevitabile richiamo ai punti di Wilson:

1) la proibizione ha aumentato notevolmente il numero dei casi mortali dovuti all'alcool estratto dal legno; 2) la proibizione ha aumentato, negli ospedali, il numero dei ricoverati per alcoolismo; 3) la proibizione ha indotto i consumatori di birra a bere i liquori forti; 4) la proibizione ha accresciuto l'alcoolismo fra coloro che forniscono, trasportano e trattano gli alcools per uso degli ospedali; 5) la proibizione ha causato la chiusura dei bar, ma ha aumentato il consumo dell'alcool a do-

micilio e ha sviluppato l'ubriachezza privata; 6) la proibizione ha elevato il prezzo di vendita all'ingrosso delle uve, ricche di fosfati al disopra del prezzo delle bevande di consumo; 7) la proibizione ha aumentato il numero degli arresti per ubriachezza; 8) la proibizione ha prodotto, come conseguenza, un disprezzo totale della legge; 9) la proibizione ha provocato la fabbricazione e la vendita di bevande che producono effetti mortali; 10) la proibizione ha aumentato la tendenza a bere bevande alcooliche negli adolescenti dei due sessi; 11) la proibizione ha provocato un aumento considerevole del contrabbando; 12) la proibizione ha aumentato la fabbricazione dei surrogati nocivi; 13) la proibizione ha determinato la creazione di un linguaggio a chiave, per la vendita clandestina dei liquori; 14) la proibizione è responsabile di numerosi delitti contro la società e contro l'igiene.

Il dott. Hubbard conclude che i risultati dell'applicazione della legge anti-alcoolica hanno prodotto una grande delusione: la via buona per combattere i pericoli dell'alcoolismo non è stata ancora trovata.

Vittima della barbara imboscata tesa alla nostra Missione in Grecia, presso la piazza forte di Jannina, cadeva il 27 agosto il maggiore medico LUIGI CORTI.

Di famiglia bergamasca, era nato a Palermo il 30 settembre 1882: si laureò a Bologna nel 1906 e venne nominato sottotenente nel 1908. Prese parte alla Campagna italo-turca, rimanendo in Colonia fino al 1917. Rientrato in Italia fu inviato alla fronte; era decorato con due medaglie al valor militare. Apparteneva all'Ospedale militare principale di Palermo ed era stato nominato dal marzo 1922 membro della Commissione internazionale per la demarcazione dei confini albanesi.

È morto il 4 maggio u. s. a Giessen, il grande elmintologo ARTURO LOOS.

Nato il 16 marzo 1861 a Chemnitz in Sassonia, studiò scienze naturali a Lipsia sotto Leuckart dedicandosi fin da allora allo studio degli elminti, nel quale doveva in seguito imprimere orme incancellabili.

Nominato professore di Biologia e Parassitologia alla Scuola media del Cairo, vi rimase per 18 anni, lavorandovi con passione e con istancabile attività, in un laboratorio che si trovava in condizioni primitive. Nel 1914, allo scoppio della guerra, ritornò in patria, lasciando in Egitto la sua ricca biblioteca e le sue importanti collezioni che vennero sequestrate dagli Inglesi, e che riebbe solo nel 1921-22.

A guerra finita, non potè ottenere che un posto di assistente all'Istituto Zoologico di Giessen, ciò che gli fornì però mezzi di sussistenza. Solo nel 1922 venne nominato professore onorario; ebbe invece all'estero grandi onori in riconoscimento delle sue scoperte.

Gli ultimi anni di vita gli vennero turbati da un asma tormentoso, per cui la sua attività scientifica venne interrotta.

Il suo nome rimarrà legato alla scoperta del ciclo di infestione dell'anchilostoma. Egli dimostrò che le larve penetrano quasi esclusivamente per la via cutanea, raggiungendo poi l'intestino dopo un lungo e tortuoso viaggio nell'organismo. Questa scoperta aprì poi la via ad altre e permise di indirizzare la lotta contro l'anchilostomiasi sopra una nuova via. Anche per quanto riguarda la bilharziosi egli ebbe vedute geniali completate poi da Leiper e da ricercatori giapponesi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 – Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 17 settembre 1923 — Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. A. ZERI.

Contributo alla conoscenza della tecnica e del significato dell'indice antiemolitico urinario.

Dott. A. SILIGATO, interno.

Lo scopo di questa mia breve nota è di portare un contributo alla migliore conoscenza dell'indice antiemolitico urinario.

Dopo i lavori di Amati e di Condorelli abbiamo nella letteratura il recente lavoro di Scalas, il quale conferma pienamente quanto Condorelli, in seguito alle sue ricerche chimiche, ha dimostrato: cioè che l'antiemolisina urinaria è una colesterina. Più precisamente, nei seguenti lavori di Condorelli non noti allo Scalas, veniva dimostrato che l'antiemolisina urinaria è un oleato di colesterina, che la sua presenza nelle urine serve per proteggere l'epitelio delle vie urinarie dalle sostanze tossiche contenute nelle urine, e che la quantità eliminata colle urine (circa gr. 0,400 nelle 24 ore nei soggetti normali), varia col variare del tasso colesterinemico. Un simile comportamento il Condorelli ha potuto dimostrare per gli acidi grassi, che normalmente si rinvengono nelle urine e che costituiscono le emolisine urinarie.

La presenza di sostanze emolitiche la cui azione è mascherata dall'antiemolisina nelle urine umane normali, è stata dimostrata, dopo che il Condorelli ne aveva precisata la natura chimica, anche dai dottori Dossena e Piccaluga (Annali di Ostetricia e Ginecologia, n. 9, 1921).

Infine Condorelli in una serie di ricerche ha dimostrato come l'indice antiemolitico urinario segua le oscillazioni del rapporto lipoideo nel sangue $\frac{\text{colesterina}}{\text{acidi grassi liberi}}$, da questo A. istituito per lo studio del bilancio tossico.

Un abbassamento dell'indice antiemolitico urinario significa per il Condorelli un deficit del bilancio tossico.

Prospettato sotto questo punto di vista l'indice antiemolitico urinario acquista una nuova fisionomia ed una nuova importanza clinica.

Però il punto più delicato perchè la ricerca

conservi il suo valore è la tecnica con cui tale indice deve essere ricercato.

Il fatto asserito da Amati che la concentrazione molecolare nelle urine non ha importanza è, direi quasi, paradossale, ed è smentita dagli stessi protocolli di Amati. Per esempio nel caso di Bianco Raffaele (soggetto normale) l'urina con p. s. 1021 e $\Delta = -1.58$, era emolitica alla diluizione di cmc. 0,5+cmc. 5,5 di acqua distillata, e cioè alla diluizione di 1:12. L'urina di Zanelli Simeone (soggetto normale con p. s. 1008 e $\Delta = -0{,}41$, emolizza ad una diluizione di cmc. 2+cmc. 4 di acqua distillata, e cioè alla diluizione di 1:3. Dove è la costanza del coefficiente uroemolitico? Gli è che con la tecnica seguita da Amati le diluizioni successive si seguono in questo ordine:

1º	cmc.	6.00	di urina	+	cmc.	0,00	di acq. distil.	=	1:1
2º	„	5,50	„ „	+	„	0,50	„ „ „	=	11:12
3º	„	5,00	„ „	+	„	1,00	„ „ „	=	5:6
4º	„	4,00	„ „	+	„	2,00	„ „ „	=	2:3
5º	„	3,00	„ „	+	„	3,00	„ „ „	=	1:2
6º	„	2,00	„ „	+	„	4,00	„ „ „	=	1:3
7º	„	1,00	„ „	+	„	5,00	„ „ „	=	1:6
8º	„	0.50	„ „	+	„	5,50	„ „ „	=	1:12

A ciascuna provetta si aggiunge una goccia di sangue.

Come facilmente si vede da una provetta all'altra vi sono sbalzi enormi di diluizioni ed è perfettamente logico che in simili circostanze possa sembrare che abbiano quasi uguale potere antiemolitico due urine che invece lo hanno molto differente. Così per es.: un'urina che emolizzi alla sesta provetta (1:3), ha un potere antiemolitico 4 volte minore di una che emolizzi all'ottava (1:12).

In ricerche fatte con rigore di tecnica è un assurdo trascurare l'importantissimo fattore della concentrazione molecolare. Di questo fattore tiene strettamente conto il Condorelli. Egli ha dimostrato con esperienze seguite con l'oleato di colesterina estratto dalle urine, che questo ha il potere di inibire, anche a diluizioni fortissime l'emolisi da soluzioni ipotoniche, nel senso che conferisce una maggiore resistenza alle emazie.

Così risulta dalle sue esperienze che le emazie umane con resistenza massima 0,38 in presenza di soluzioni colloidali di oleato di colesterina, acquistano una resistenza 0,30.

L'emolisi da acidi grassi e da saponi è poi inibita con un meccanismo forse diverso, in quanto oltre all'azione protettiva sulle amazie si ha la neutralizzazione del veleno emolitico.

Stando così le cose è chiaro che nella ricerca dell'indice antiemolitico urinario non si possa andare alla cieca, ma è necessario eseguire delle diluizioni gradatamente crescenti con urina totale e con urina a cui si siano asportati i lipoidi mediante trattamento con carbone animale Merck, secondo la tecnica dettata da Condorelli. Le diluizioni che f. Condorelli sono:

1º	urina	cmc. 2	acqua distillata	cmc.	0,50	diluizione	2:2,5
2º	„	„ 2	„ „	„	1,00	„	2:3
3º	„	„ 2	„ „	„	1,50	„	2:3,5
4º	„	„ 1	„ „	„	1,00	„	2:4
5º	„	„ 1	„ „	„	1,50	„	2:5
6º	„	„ 1	„ „	„	2,00	„	2:6

e così via di seguito. A ciascuna provetta si aggiunge una goccia di sangue.

In questo sistema di diluizioni non si hanno assolutamente sbalzi e la differenza di diluizione tra una provetta e l'altra è lievissima. Facendo il controllo tra la serie fatta con l'urina totale, e la serie fatta con l'urina privata dei lipoidi, si può mettere facilmente in evidenza se la somma dei lipoidi urinari nel suo complesso esercitava azione antiemolitica (prevalenza dell'azione dell'oleato di colesterina), o azione emolitica, (prevalenza dell'azione degli acidi grassi).

L'indice antiemolitico si ricava facilmente: se, per es., si ha nella prima serie emolisi a diluizione 2:6 e nella seconda serie (urina trattata con carbone animale) alla diluizione 2:4, l'indice sarà $6-4=+2$ (prevalenza dell'azione antiemolitica). Se per es.: nella prima serie l'emolisi avviene a 2:3,5 e nella seconda serie a 2:5 l'indice sarà $3{,}5-5=-1{,}5$ (indice negativo, prevalenza dell'azione emolitica degli acidi grassi). Si capisce facilmente come l'indice possa essere anche uguale a 0.

L'indice nei soggetti normali è costantemente positivo e uguale generalmente a +2, nelle urine delle 24 ore. Condorelli ne ha studiato le oscillazioni fisiologiche facendo parallelamente delle analisi dei grassi del sangue ed ha trovato che si ha un lieve abbassamento durante la digestione (4 ore dopo i pasti) ed un lieve aumento nelle prime ore del mattino.

In seguito si sono occupati dell'argomento Fornaci (tesi di laurea in medicina e chirurgia R. Università di Roma 1922) ed io. Noi abbiamo concordemente trovato che nei soggetti normali l'indice è uguale a +2, e che nei nefropatici con bilancio tossico scompensato l'indice antiemolitico si trova abbassato concordemente al rapporto lipoideo.

È chiaro che lo Scalas applicando il metodo delle diluizioni dell'Amati per lo studio comparativo del potere antiemolitico prima e dopo dell'assorbmento dei lipoidi con il carbone animale, non abbia potuto notare differenze; questo è dovuto agli sbalzi enormi di diluizione che con la tecnica di Amati si ha tra una provetta e l'altra.

Da questo però lo Scalas non è autorizzato ad inferire che il carbone animale (Merk) non assorbe i lipoidi urinari; se egli avesse seguito la tecnica di diluizione dettata dal Condo-

relli avrebbe trovato ciò che tutti quelli che ci siamo occupati dell'argomento abbiamo trovato.

Non hanno gran valore dimostrativo le altre esperienze eseguite dallo Scalas per dimostrare che i cloruri non hanno importanza nel fenomeno emolitico. Egli precipita i cloruri con il nitrato d'argento: come fa ad eliminare poi l'eccesso di nitrato d'argento (ottimo fissatore del sangue) ed il nitrato sodico che si è formato in quantità equimolecolare per doppia decomposizione dal cloruro di sodio, e che eserciterà al posto di questo una pressione osmotica pressochè uguale?

Noi abbiamo alquanto modificato la tecnica originale per la ricerca dell'indice antiemolitico.

Le ragioni per cui siamo stati indotti a portare tali modificazioni sono di due ordini: primo per comodità di tecnica; secondo per esattezza, in quanto alla goccia di sangue si può sostituire, usando emulsioni di emazie, una quantità fissa ed esattamente misurata di globuli rossi; e perchè si elimina, usando emazie lavate, la possibile azione inibitrice spiegata sull'emolisi dai lipoidi contenuti in maggiore o minore quantità nel siero di sangue.

Dietro consiglio di Condorelli abbiamo eseguito due serie di ricerche:

1) Se era possibile sostituire ad una goccia di sangue totale umana un'emulsione di emazie di altro animale.

2) Se era possibile adoperare una emulsione di globuli rossi umani.

La prima serie di ricerche ci ha dato i seguenti risultati:

1) Non è possibile adoperare emazie di montone, perchè non si viene a notare differenza alcuna tra le due serie di provettine.

2) Con un'emulsione di emazie di bue si ha in un primo tempo inibizione nella prima serie rispetto alla seconda, ma dopo qualche ora avviene l'emolisi.

Non è dunque neppure conveniente adoperare emazie di bue.

Colla seconda serie di esperienze abbiamo potuto constatare che le emazie umane corrispondono benissimo. Noi preferiamo aggiungere a ciascuna provettina cmc. 0,10 di emulsione al 20 % di emazie umane, lavate tre volte in soluzione fisiologica al 0,85 % di cloruro di sodio.

***

Noi ci siamo seguitati ad occupare dell'indice antiemolitico nei nefropatici. Abbiamo lasciato per ora da parte le malattie di fegato, perchè in tali casi le ricerche sul potere emolitico delle urine, forse dovranno prendere orientamento e significato differente di quanto non avviene per i nefritici. Nelle urine degli itterici noi possiamo trovare altre sostanze, oltre gli acidi grassi, attive sull'emolisi, e principalmente gli acidi biliari. Abbiamo inoltre negli itteri da ritenzione una ipercolesterinemia passiva, che non può essere riguardata come reazione di difesa dell'organismo, e non sappiamo ancora come in tali casi si comporti la colesterina urinaria. L'indice antiemolitico urinario verrebbe forse a perdere il significato di indice del bilancio tossico che ha nei nefropatici.

Come si vede ci sono molte incognite da risolvere prima che possa darsi un chiaro significato clinico alla ricerca dell'indice antiemolitico negli ammalati di fegato.

Lo Scalas ha quindi il merito di aver aperto il campo a queste ricerche.

Dirò succintamente le conclusioni a cui sono pervenuto colle ricerche eseguite sui nefropatici.

Negli ammalati affetti da *nefrite*, in qualunque stadio, l'indice antiemolitico urinario suole essere l'espressione del bilancio tossico, come abbiamo potuto dimostrare in molteplici casi.

Nei casi in cui esiste nefrosi, con degenerazione lipoidea, sia pura o associata a nefrite si ha invece un indice elevatissimo non più espressione del bilancio tossico, perchè in questo caso la colesterina e gli eteri colesterinici provengono dalla degenerazione dell'epitelio renale.

Il trovare in un'urina di un nefropaziente un indice antiemolitico iperbolico +6, +8, +10, è quindi indizio della presenza di notevole quantità di lipoidi urinari originati dai fatti degenerativi renali; in questo caso quindi l'indice antiemolitico può sostituire l'analisi chimica o la ricerca dei granuli birifrangenti nell'urina.

I più vivi ringraziamenti al chiarissimo Direttore prof. A. Zeri.

BIBLIOGRAFIA.

1. AMATI. *Emolisi urinaria*. Bonelli & Figlio, edit. Napoli, 1919.
2. AMATI. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. IX, 1921.
3. CONDORELLI. Policlinico, Sez. Pratica, fascicolo 29, 1920.
4. ID. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 30, 1921.
5. ID. Arch. It. Patol. e Clin. Med., 1923.
6. ID. Atti Accad. Giotenia di Scienze Nat., n. 8, serie 5ª, vol. 13 Catania, 1922.
7. DOSSENA e PICCALUGA. Annali Ostet. e Ginecologia, n. 9, 1921.
8. SCALAS. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 27, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI VICENZA
DIVISIONE MEDICA FEMMINILE
Primario prof. BERTI.

Su alcuni rumori accidentali nell'ascoltazione degli apici polmonari.

Dott. LORENZO PEZZOTTI, assistente.

Il succinto articolo del *Policlinico* (Sezione Pratica, fasc. 8 della annata in corso, pag. 259) sulla *crepitatio scapularis* ha richiamato l'attenzione sopra un importante dettaglio di semeiotica.

Non v'è chi non riconosca quanto sia difficile e delicata l'ascoltazione degli apici polmonari e quanto valore si deva attribuire, in determinate condizioni, a rumori che si percepiscano, anche inconstantemente, sulla zona di ascoltazione degli apici e che si possano interpretare come rantoli polmonari o come sfregamenti pleurici.

D'altra parte è a tutti noto che si possono ascoltare rumori accidentali, di varia genesi, che non sono nè rantoli nè sfregamenti. Evitarne lo scambio è facile quando si tratta di rumori grossolani, o dovuti a una scorretta posizione dello stetoscopio, o alla contrazione di muscoli per causa del freddo o della respirazione forzata, o al crepitio dei peli o a cause simili, sulle quali il *Sahli* ha richiamato l'attenzione fino dal 1894 (1).

In altri casi invece, meno frequenti ma forse meno rari di quanto generalmente si crede, la distinzione può essere difficile assai, perchè vi sono certi rumori accidentali che per i loro caratteri acustici non possono essere distinti dai rantoli, o dagli sfregamenti. Si tratta, allora, di rumori lievi, crepitanti, o scricchiolanti, generalmente inspiratori, senza equivalente tattile, che si ascoltano più spesso sulla regione sopraspinata, meno spesso sulle altre regioni di ascoltazione degli apici.

Per quanto io sappia, non è stato fino ad ora esaurientemente chiarito il loro meccanismo di produzione. I pochi autori che ne hanno descritto i caratteri differenziali atti a distinguerli dai rantoli o dagli sfregamenti, li hanno considerati insieme agli altri rumori accidentali, la cui genesi extra-pleuro-polmonare è, come accennavo più sopra, facilmente individuabile.

Scopo della presente nota è di svolgere alcune considerazioni sulla genesi e sui caratteri differenziali di quei rumori che, per i caratteri sopra indicati, possono essere confusi anche da un esaminatore esercitato con rantoli o con sfregamenti e che indicherò, per brevità, come « rumori pseudo-pleuro-polmonari ». Accennerò infine agli accorgimenti di tecnica che permettono il loro esatto riconoscimento.

* * *

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione dei rumori pseudo-pleuro-polmonari, possiamo prendere in considerazione, analogamente agli altri rumori accidentali, le seguenti categorie: rumori muscolari, rumori articolari, rumori dovuti a cause diverse.

A) RUMORI MUSCOLARI. — Un carattere importante dei rumori pseudo-pleuro-polmonari è di essere udibili non sopra una vasta estensione, ma « a focolaio ». Ora, se si tolgono i rumori dovuti al fatto che lo stetoscopio appoggia troppo fortemente sopra un singolo fascio muscolare (ancora più evidente se il fascio muscolare si trova compresso fra l'orlo dello stetoscopio e un altro corpo duro, come una costa o il margine della scapola), sembra difficile ammettere che i muscoli possano dare origine a rumori udibili solo « a focolaio », cioè in piccole zone circoscritte. Se tale possibilità si avverasse, dovrebbe, per lo meno, sembrare strano come con tanti muscoli che entrano in gioco nel movimento del cingolo scapolare e del torace (sulla sola scapola se ne inseriscono 17) detti rumori si ascoltino meno frequentemente di quanto si verifica.

Una particolare importanza viene conferita alla forte diminuzione del tessuto adiposo e alla ipotrofia del m. sottoscapolare, perchè si attribuisce a queste due circostanze l'attitudine della scapola a generare rumori nelle sue escursioni sul piano costale. Tale ipotesi sembra convalidata dal fatto che rumori crepitanti accidentali si ascoltano con particolare frequenza negli ammalati di tubercolosi polmonare, i quali appunto presentano frequentemente una forte diminuzione del tessuto adiposo e una spiccata ipotrofia muscolare. Ma io non so che sia stato portato alcun argomento diretto capace di conferire alla concomitanza il valore di nesso causale. Invece, si può obbiettare che, anche essendo scarsissimo il tessuto adiposo, sembra difficile immaginare che le parti molli le quali rivestono la superficie posteriore delle coste e l'anteriore della scapola (essenzialmente il m. sottoscapolare e il gran dentato) raggiungano un grado di secchezza e di ruvidezza tale che le escursioni delle une sulle altre divengano rumorose.

(1) A. SAHLI. *Manuale dei metodi d'Esame Clinici.* III^a Edizione Italiana, pag. 392. (*Su talune illusioni nell'ascoltazione polmonare*).

Mi pare inoltre che difficilmente la scapola possa contribuire a rendere rumoroso lo scorrimento dei piani muscolari l'uno sull'altro, perchè essa non potrebbe raggiungere un tale effetto se non a patto di aumentare l'attrito, esercitando cioè una pressione in direzione delle coste.

Ora, tale pressione, nei movimenti respiratori, non si esercita che in minimo grado, perchè l'azione di quei muscoli che tenderebbero ad applicare la scapola contro la parete toracica (romboide, gran dentato, ecc.), viene controbilanciata da quella dei muscoli che tendono a portare in avanti il moncone della spalla (come il p. pettorale). Ne risulta che la scapola, anche nelle escursioni più ampie, oscilla con movimenti di altalena attorno ad un asse che passa presso a poco in corrispondenza del suo angolo supero-mediale (Testut), in modo che l'angolo inferiore quando il moncone della spalla si abbassa si sposta verso la colonna vertebrale, quando il moncone della spalla si innalza si sposta verso l'esterno.

Per di più, proprio in un grande numero di tubercolosi polmonari si riscontra quella speciale deformazione dell'apertura toracica superiore, per cui le spalle, pendenti in basso, sono spostate in avanti e le scapole si distaccano dal torace: scapole alate (Freund, Schmorl, Hart, Harras, ecc.). Se alla deformazione scheletrica, si aggiunge anche l'emaciazione, le scapole divengono ancor maggiormente «alate», e diminuisce quindi l'attrito fra il m. sottoscapolare e le digitazioni del gran dentato.

Noto inoltre che non mi è mai riuscito di far comparire, o di aumentare se già esistevano, i rumori in parola esercitando col palmo della mano o con lo stetoscopio una forte pressione contro la scapola.

Mi pare perciò di poter concludere che l'ipotesi che i rumori pseudo-pleuro-polmonari possano essere determinati dalla ipotrofia del m. sottoscapolare e dalla forte diminuzione del tessuto adiposo, non si possa verificare se non in casi rari. Se potesse verificarsi più facilmente, allora, considerando che la scapola non può avere se non una parte molto secondaria nella genesi di tali rumori, cioè che i rumori sono dovuti essenzialmente allo scorrimento di un piano muscolare su un altro (quando i muscoli siano ipotrofici e scarso il tessuto adiposo), rumori simili si dovrebbero ascoltare non soltanto in corrispondenza del m. sottoscapolare, ma un po' dovunque.

Come conclusione più generale si può dire che i rumori pseudo-pleuro-polmonari non sono, o difficilmente possono essere, di origine muscolare.

B) RUMORI ARTICOLARI. — A sostegno della genesi *articolare* dei rumori sopra indicati si possono addurre le considerazioni seguenti:

1) che rumori simili si possono ascoltare, anche a distanza, nei movimenti di altre articolazioni (ad esempio delle dita, o del ginocchio) indipendentemente da ogni processo patologico;

2) che spesso basta ad abolirli un piccolo cambiamento nell'atteggiamento dell'arto superiore. Basta, per esempio, tenere leggermente ruotato il braccio verso l'esterno o verso l'interno. Ora, un così piccolo cambiamento è più atto a modificare i rapporti delle varie parti (ossee o legamentose) articolari più che non possa influire sui rapporti e sull'azione dei piani muscolari;

3) quando i tessuti non siano molli, come quello muscolare, ma duri (osteo-cartilaginei, o fibrosi), come quelli che costituiscono le articolazioni, con i relativi apparecchi legamentosi, si trovano in condizioni teoricamente più adatte a generare rumori scricchiolanti o crepitanti. Mi sembra logico supporre che tali rumori si possano originare abbastanza facilmente dai fasci fibrosi dei legamenti articolari, quando due o più legamenti scorrano con un certo attrito gli uni sugli altri. L'attrito può essere provocato dallo stato di tensione in cui i legamenti vengono a trovarsi quando le articolazioni si muovono, dalla diminuzione del tessnto cellulo-adiposo, dall'essere più vizze le borse mucose che dovrebbero facilitarne lo scorrimento (il che si verifica in soggetti profondamente denutriti, come sono molti tubercolosi);

4) se noi ammettiamo che alcuni legamenti possano produrre i rumori pseudo-pleuro-polmonari, ci si può render ragione più facilmente del fatto che tali rumori spesso si odono non sparsi, ma in piccoli «gruppetti» o in un gruppetto solo, e che spesso si odono solo in alcune fasi dei movimenti respiratori. Infatti, si deve considerare che, essendo, in genere, i legamenti delle articolazioni della spalla piccoli, piccola può essere la superficie di contatto fra 2 o più legamenti, e che il contatto, o per dir meglio, l'attrito, che è causa dei rumori, verosimilmente può verificarsi solo in alcuni movimenti o anche in alcune sole fasi di essi.

I rumori che io ho chiamato articolari vengono generalmente designati come rumori *scapolari*. Ma essi si potrebbero indicare esattamente come scapolari solo quando potessero essere individuate le circostanze nelle quali i movimenti della scapola possono dare rumori. Ciò è possibile quando si tratta di circostanze

patologiche (processi artritici, carie, ecc.), nel qual caso però i rumori sono forti, grossolani e quindi non confondibili con i rumori pleuro-polmonari. Nel caso nostro invece non è possibile circoscrivere sempre alla scapola la genesi dei rumori. I movimenti della scapola non solo interessano l'articolazione della cavità glenoide con l'omero, ma determinano di necessità movimenti corrispondenti nell'articolazione acromio-clavicolare e sterno-clavicolare. Se si sposta, in un senso qualsiasi, la scapola, si sposta tutto il cingolo toracico. Sono dunque mobilizzate 6 superfici articolari e un numero grandissimo di legamenti, i quali hanno una disposizione complicatissima e rapporti molteplici con le capsule articolari e con i tendini.

Per ciò ho preferito usare, invece della designazione di scapolare, quella più generica di articolare.

Generica è la designazione (1) e generici sono anche gli argomenti intesi a sostenere la genesi articolare dei rumori pseudo-pleuropolmonari. Questa però può essere confermata anche dall'esclusione degli altri meccanismi ai quali accenno nel paragrafo seguente.

C) RUMORI DOVUTI A CAUSE DIVERSE. — Tralasciando, come ho fatto nelle altre due categorie, di prendere in considerazione i rumori grossolani, facilmente riconoscibili come accidentali, mi limiterò a ricordare quelli dovuti alla pressione sul pannicolo adiposo e quelli dovuti alla escursione degli apici polmonari.

Già il Sahli ha avvertito che certi rumori si possono produrre « premendo lo stetoscopio su adipe lobato (p. es.: presso la mammella muliebre). Questi rumori rammentano talvolta il vero crepitio. Alleggerendo la pressione dello stetoscopio, si fanno sparire, e, d'altro canto, si possono produrre a volontà, eseguendo leggeri moti di pressione con lo stetoscopio, mentre il paziente trattiene la respirazione (l. cit. pag. 393) ».

Tali rumori si possono produrre, secondo la mia esperienza, più frequentemente di quanto si creda anche premendo lo stetoscopio sopra una costa, pure in individui non grassi. Anzi, più facilmente che nei grassi in individui dimagrati, forse perchè in questi ultimi il pannicolo adiposo assume quella speciale struttura a piccole « zolle » che è a tutti nota. Le indicazioni del Sahli sono sufficienti a riconoscerli e ad evitarli.

Quanto alle escursioni degli apici polmonari, U. Carpi nota che « rumori extra polmonari, che si assomigliano molto a quelli dei rantoli, si possono anche verificare per pressione o per sfregamento degli apici polmonari contro le circostanti porzioni scheletriche » (1).

È indubitabile che in molti individui l'apice polmonare è strozzato dall'apertura superiore del torace, stenosata a causa dell'accorciamento e della ossificazione della 1ª cartilagine costale.

Il solco di Schmorl ne è la prova evidente. Ma mi pare che la pressione non possa dar luogo a rumori, e che lo sfregamento non possa originarli se non quando coesista un processo di pleurite apicale. In questo caso i rumori non sarebbero accidentali, ma sfregamenti pleurici genuini.

Accenno in fine ad un'altra possibile causa di rumori cui non credo sia stato fino ad ora accennato da altri.

Anche indipendentemente da processi pleuritici, credo che alcuni rumori potrebbero essere prodotti da stiramenti dei legamenti che

---

(1) Nella descrizione dettagliata delle articolazioni delle ossa della spalla, si trovano elencate diverse particolarità (normali o anomale) alle quali si potrebbe forse riferire, in via di ipotesi, l'origine di alcuni piccoli rumori crepitanti. Io mi limiterò a citare la speciale disposizione che può assumere il disco interarticolare della art. acromio-clavicolare e l'anomala articolazione che talvolta si trova fra il processo coracoideo e la clavicola.

Nel 34 % dei casi il Testut ha osservato che fra la superficie acromiale e la superficie clavicolare dell'art. acromio-clavicolare si interpone una lamina fibrocartilaginea, che può essere soggetta a numerose variazioni individuali (L. Testut. Trattato di Anatomia Umana. Trad. Ital., 1917. Artrologia, pag. 91). Questa fibrocartilagine interarticolare può avere la forma di un cono con l'apice libero nell'interno della articolazione, o costituire un setto completo, o sdoppiarsi in due lamine, ciascuna delle quali ha una estremità libera nella cavità articolare, o formare una specie di legamento interosseo fra l'acromion e la clavicola, abolendo parzialmente o completamente la cavità articolare.

L'articolazione fra la clavicola e il processo coracoideo è stata osservata dal Testut (l. cit. pag. 95) in casi « non tanto rari ». « La faccia inf. della clavicola e la parte corrispondente del proc. coracoideo presentano allora ciascuna una faccetta piana ed incrostata di cartilagine diartrodiale ». « In alcuni individui la faccetta coracoidea può mancare ed essere sostituita da un deposito cartilagineo sulla faccia supero-mediale del legamento trapezoide, la faccetta clavicolare può anche essere sostituita da una benderella cartilaginea più o meno differenziata, che si confonde con la estremità laterale del muscolo succlavio ».

(1) A. SCHMIDT e H. LUTHJE. *Diagnostica clinica e propedeutica delle malattie interne.* Traduz. ital. con note e aggiunte orig. del prof. U. CARPI. S. E. L. 1913, pag. 211.

costituiscono il così detto apparecchio sospensore della pleura (Sébileau). Esso si trova minutamente descritto nei testi di anatomia. Io mi limiterò a ricordare che è costituito da fasci fibrosi i quali, distaccandosi dalle apofisi traverse di alcune vertebre (ultime cervicali e prime dorsali), dalla prima costa e dalla fascia del m. scaleno anteriore (legamento scaleno pleurale di Dominici), si allargano a ventaglio e si inseriscono alla superficie esterna della cupola pleurale (1). È possibie che tali fasci, subendo degli stiramenti per i movimenti toracici e polmonari della respirazione, diano origine a piccoli rumori.

***

I caratteri differenziali comunemente indicati per distinguere i rumori accidentali dai rantoli polmonari o dagli sfregamenti pleurici hanno un valore indiscutibile quando si tratta di rumori la cui genesi extra-pleuro-polmonare può essere facilmente riconosciuta per diversi dati.

Ma sono insufficienti o inesatti se si estendono anche ai piccoli, fini rumori crepitanti, circoscritti, udibili talvolta solo in determinate fasi respiratorie, dei quali tratta la presente nota.

Il Carpi (l. cit. pag. 211) dice: «I caratteri differenziali dei rumori extra polmonari (muscolari, scapolari) sono: la comparsa simmetrica dei rantoli (2) su ambedue gli apici e il loro carattere assolutamente identico ovunque, la loro costanza durante tutto il periodo della ascoltazione, la nessuna modificazione sotto il colpo di tosse, la persistenza frequentemente anche a respiro trattenuto, e infine il reperto, accanto ai rumori, di un respiro vescicolare normale».

Nel caso nostro si può obbiettare che i rumori accidentali frequentemente si ascoltano in corrispondenza di un apice solo e spesso si ascoltano sopra una zona sola, molto circoscritta (quindi manca il criterio del confronto per riconoscere il loro carattere «assolutamente identico ovunque»); che spesso si ascoltano solo in qualche fase del periodo d'ascoltazione, mentre rantoli polmonari o sfregamenti pleurici possono essere lungamente persistenti; che anche gli sfregamenti pleurici possono rimanere immodificati sotto il colpo di tosse; che trattenendo il respiro possono persistere altri rumori (p. es.: quelli prodotti dalla pressione dello stetoscopio o dalla contrazione dei muscoli sotto lo stimolo del freddo), ma i fini rumori pseudo-pleuro-polmonari, di genesi, come io ritengo, per lo più articolare, scompaiono essendo tutte le articolazioni immobili. Bisognerebbe, perchè la prova avesse valore, che il soggetto in esame eseguisse i movimenti respiratori a glottide chiusa. Ma ciò, prima di tutto, è difficile ottenere dai malati. In secondo luogo, possono scomparire i rumori accidentali anche in questa manovra, perchè i movimenti respiratori eseguiti a glottide chiusa sono poco ampi, e quindi molto facilmente sono insufficienti a determinare quei movimenti (articolari o di altra natura) che originano i rumori stessi.

Il reperto poi «accanto ai rumori di un respiro vescicolare normale» è un criterio teoricamente indiscutibile, ma in pratica non sempre, o difficilmente, realizzabile, perchè talvolta si ascolta qualche gruppetto di rantoli genuini, mentre nelle zone vicine il respiro vescicolare è, o sembra, normale. Si verifica inoltre non raramente il caso inverso, cioè di ascoltare accanto a rumori un respiro vescicolare anormale. Ed è proprio in questo caso che la distinzione fra rumori veramente pleuropolmonari e rumori accidentali è della massima importanza. Quante volte si è incerti nell'interpretare una ipofonesi plessica e un'alterazione del murmure vescicolare di uno o di ambedue gli apici! Lesioni rinofaringee, vecchie pleuriti apicali, cifoscoliosi, molte altre cause, possono determinare alterazioni plessiche e ascoltatorie nella zona d'ascoltazione degli apici. Se accanto a tali alterazioni si ascoltano dei piccoli rumori crepitanti, la concomitanza non è sufficiente per considerare i rumori come rantoli polmonari.

Io credo che, nei casi in cui l'esatto riconoscimento dei rumori pseudo-pleuro-polmonari è difficile, solo carattere differenziale certo sia il seguente: ottenere la scomparsa completa dei rumori, mutando l'atteggiamento dell'arto superiore, pure continuando il soggetto a respirare con la stessa ampiezza e con la stessa modalità di quando i rumori erano percettibili.

Tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento consigliano di ripetere l'ascoltazione (se in essa si percepiscono rumori incerti) variando la posizione del braccio del soggetto in esame, finchè si ottenga una posizione nella quale i rumori, se accidentali, non si ascoltano più.

Anche il Carpi avverte (l. cit.) che è «raccomandabile, per accertare la diagnosi di questi rumori, l'ascoltazione ripetuta facendo as-

(1) L. TESTUT. L. cit. *Apparato della respirazione e fonazione*, pag. 135-136.

(2) Evidentemente, con la parola *rantoli* qui l'A. ha voluto indicare i rumori accidentali simili ai rantoli.

sumere diverse posizioni al braccio e alla scapola e fissando la scapola alla parete toracica (Allard, Rosenthal) ».

La manovra frequentemente consigliata di far portare il gomito in alto e in avanti, in modo che la mano si appoggi alla spalla del lato opposto, ostacola l'ascoltazione della fossa sottoclavicolare e spesso non è sufficiente ad abolire i rumori accidentali.

Anche le altre manovre comunemente usate sono insufficienti a tale scopo e spesso impongono al soggetto in esame uno sforzo che può disturbare ancor più l'ascoltazione perchè insorgono forti e diffusi rumori di contrazione muscolare.

Perciò descrivo brevemente una manovra che evita questi inconvenienti e che io ora eseguisco abitualmente perchè, dopo ripetute prove, mi sono convinto che è la più adatta. Essa consiste nel portare indietro il braccio del soggetto in esame, ruotarlo in dentro; poi flettere ad angolo acuto il gomito, facendo appoggiare la superficie estensoria dell'avambraccio e della mano sulla schiena, in modo che il dorso delle dita giunga a toccare la scapola del lato opposto. L'esaminatore sorregge col palmo di una mano il gomito dell'esaminato tenendolo un po' spinto verso l'alto, poi si accinge all'ascoltazione sempre tenendo così sorretto il gomito e imprimendogli, se necessario, movimenti più o meno estesi in senso latero-mediale o antero-posteriore fino a che trova la posizione nella quale i rumori, se accidentali, non si ascoltano più.

Con tale manovra l'articolazione scapolo-omerale viene quasi completamente immobilizzata, e tuttavia, grazie all'innalzamento della clavicola, l'ammalato può respirare ampiamente e liberamente. Tutte le zone di ascoltazione degli apici sono accessibili all'esame. Essendo l'arto mantenuto nella abnorme posizione dal medico, si evitano quei rumori che insorgono quando l'abnorme posizione deve essere attivamente mantenuta dal malato stesso. Vengono inoltre rilasciati parecchi muscoli, fra i quali noto specialmente il sottoscapolare e il trapezio, dato che alla contrazione di alcuni loro fasci parecchi AA. attribuiscono la genesi di rumori accidentali. È evidente infatti, anche senza rievocare dettagli anatomici, che il m. sottoscapolare si deve rilasciare perchè il braccio viene fortemente addotto e ruotato all'interno, e si deve rilasciare il trapezio perchè viene avvicinato alla colonna vertebrale il margine mediale della scapola.

Non credo di aver fatto cosa superflua indicando questa manovra, perchè tutti i medici sanno per prova quanto penoso sia certe volte il quesito diagnostico imposto da piccoli rumori che si ascoltano sopra un apice. Appunto con tale manovra si riesce a fare cessare la maggior parte dei piccoli rumori accidentali, muscolari o articolari che siano.

Credo poi di poter asserire, quantunque in passato non abbia posto una particolare attenzione a questa circostanza, che i rumori pseudo-pleuro-polmonari si ascoltano con maggior frequenza a destra (forse per il maggior lavoro al quale è soggetto l'arto sup. destro?). Tale circostanza dà un valore ancor più grande all'esatto riconoscimento dei rumori in parola, perchè proprio l'apice destro, come è noto, può dare un suono di percussione un po' smorzato e respiro affievolito con qualche rudezza indipendentemente da lesioni pleuropolmonari, ed è più frequentemente del sinistro soggetto a quei processi di pleurite apicale o a quelle broncopolmoniti tubercolari della prima età, poi guarite, che possono far tenere lungamente sospesa una diagnosi.

Ospedali Riuniti di S. Gimignano.

Contributo alla nefro - colonpessia combinata per via lombare col metodo del Donati.

Dott. Renato Mosti
libero docente di patologia chirurgica, direttore e chirurgo primario.

Alla cura chirurgica della stasi intestinale cronica ho portato, or non è molto, il mio modesto contributo con un lavoro pubblicato nel n. 6 del « Morgagni ». Fra i casi che figurano in quella pubblicazione ve n'ha uno in cui, per correggere la ptosi dell'angolo destro del colon ed insieme quella del rene che coesisteva in grado addirittura eccessivo, io adottai la tecnica proposta da Donati con risultati veramente lusinghieri. Avendo avuto in seguito l'opportunità di eseguire altre tre nefrocolonpessie collo stesso metodo ed avendo potuto nuovamente persuadermi che i risultati con esso conseguibili possono, senza dubbio, essere ritenuti superiori a quelli che sono da attendersi da qualunque altro processo operativo, ho creduto conveniente di riunire questi miei quattro casi ed illustrarli nella presente nota allo scopo principalmente di richiamare di nuovo l'attenzione dei colleghi su di un ottimo metodo operativo, di cui, dopo il lavoro del Donati non ho visto alcun altro cenno nella letteratura chirurgica di questi ultimi mesi, per quanto esso dovesse essere colla massima fiducia adottato tutte le volte che ve ne sia la netta indicazione, perchè meglio

di ogni altro rispondente agli scopi che si prefigge.

Esporrò subito la storia clinica dei casi di mia osservazione per farli seguire poi da alcune considerazioni d'indole generale.

CASO I. — B. C., di anni 36, maritata, di Massa Marittima.

Nulla di particolare nel gentilizio. Non ha sofferto mai di alcuna malattia degna di nota, ad eccezione di un attacco influenzale con complicazioni broncopolmonari che la colpì 2 anni or sono. Ha avuto tre gravidanze con parti normali a termine. Afferma di essere stata sempre un po' stitica, ma coll'uso di clisteri e di blandi lassativi riusciva ad avere quotidianamente una buona evacuazione.

I primi sintomi della malattia attuale sono insorti circa tre anni or sono. Cominciò ad avvertire allora un senso di peso, di stiramento e di dolenzia al fianco destro che si accentuava alquanto dopo lavori faticosi ed anche solo nello stare molto in piedi.

Col tempo tali disturbi si sono fatti più intensi, accompagnandosi anche a turbe gastriche, a dolori addominali lievi ma quasi continui nella fossa ileo-cecale, ad irregolarità mestruali; però il fatto che più ha colpito la ammalata è l'aumento della stitichezza che è divenuta così ostinata che soltanto coll'uso di forti purganti la paziente può avere il beneficio dell'alvo. Anche lo stato generale si è di conseguenza profondamente alterato, come il pallore, l'astenia e il forte dimagramento dimostrano all'evidenza e che l'irrequietudine nervosa, l'insonnia, la cefalea, la disappetenza non fanno che aggravare sempre più.

All'*esame obiettivo* trovo: donna fortemente deperita, oligoemica, molto sofferente. Da parte degli organi toracici niente di notevole. Lo addome è nella sua metà inferiore assai espanso e meteorico, dolente spontaneamente ed alla pressione nella regione ileo-cecale dove si avverte una evidente distensione gassosa del cieco. Fegato, milza e rene sinistro in sede normale; il rene destro invece è ptosico in grado notevole. Da parte dell'apparato genitale notasi retrodeviazione mobile dell'utero.

All'*esame radiologico* con pasto di bario si trova che la progressione del bolo opaco fino al cieco avviene nei limiti di tempo normali; invece un notevole ritardo si osserva nella traversata dal cieco alla seconda metà del trasverso, tanto che nel cieco si trovano abbondanti residui di pasto dopo 3 giorni. Il cieco appare dilatato e un poco ptosico; l'ascendente è brevissimo di modo che l'angolo colico è situato al disotto della cresta iliaca. Da questo punto il colon si dirige nuovamente in basso strettamente addossato, ma non aderente, all'ascendente ed al cieco che oltrepassa per un breve tratto, per formare infine un nuovo angolo e dirigersi obliquamente in alto ed a sinistra verso l'angolo splenico che appare situato normalmente.

Col clistere baritato ed in posizione orizzontale, non si notano cambiamenti sostanziali dell'immagine, ad eccezione di una maggiore distensione dell'intestino e di uno spostamento verso l'alto dell'angolo colico destro. Anche lo stomaco appare ptosico in lieve grado, ma la sua mobilità ed il suo svuotamento si compiono normalmente.

DIAGNOSI: *ptosi gastrica di modico grado; nefro-colonptosi con conseguente stasi intestinale cronica; retroflessione dell'utero.*

Operazione: procedo anzitutto alla isteropessia mediante accorciamento intraddominale dei ligamenti rotondi. L'incisione laparotomica mi permette anche di controllare e confermare il reperto radiologico. Non c'è traccia alcuna nè di aderenze nè di membrana di Jackson. Richiusa l'incisione e posta l'ammalata in decubito laterale sinistro, eseguo la nefropessia e la colonpessia per via lombare col metodo del Donati.

Decorso post-operatorio ottimo. La malata, che ho avuto occasione di rivedere più volte, è completamente guarita di tutti i suoi disturbi; anche la stitichezza è scomparsa, avendo l'intestino ripreso a funzionare in modo regolare; corrispondentemente lo stato generale è andato sempre migliorando.

CASO II. — M. V., di anni 24, da Volterra.

Niente nel gentilizio. Non ha sofferto che i comuni esantemi dell'infanzia. Afferma di essere stata sempre un po' stitica; da più di un anno però la stitichezza si è maggiormente accentuata sino a rimanere vari giorni senza svuotare l'alvo. Da quando la stitichezza è aumentata ha cominciato a soffrire di dolori modici ma quasi continui al basso ventre e principalmente alla fossa iliaca destra, e di disturbi gastrici quali senso di pesantezza e talvolta dolori dopo i pasti, pirosi e, di quando in quando, dopo qualche ora dal pasto od a digiuno, rigurgiti di liquido fortemente acido. In questi ultimi tempi si sono aggiunti poi dei dolori al fianco destro, esacerbantesi dopo le più lievi fatiche. È in poco tempo assai deperita, spossata, con frequenti vertigini e cefalea quasi costante.

Esame obiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare, ma in stato di accentuato dimagramento; cute e mucose pallide. Niente al torace. L'addome è avvallato e ben trattabile; solo nella regione ileo-ciecale la palpazione profonda risveglia un discreto dolore; il cieco appare dilatato e gorgogliante; il rene destro è in ptosi di III grado. Lo stomaco alla percussione e col rigonfiamento si presenta un po' dilatato e abbassato.

All'*esame radiologico* si nota che il pasto opaco subisce un notevolissimo ritardo nella traversata del cieco alla metà del trasverso; dopo 4 giorni si vedono sempre nel cieco e nel colon ascendente abbondanti residui di bario. Il cieco alquanto dilatato, è più basso del normale; l'angolo colico destro è sceso al disotto della cresta iliaca; la prima porzione del trasverso discende verticalmente sovrapponendosi al colon ascendente ed in parte anche al cieco, formando come una massa sola, per dirigersi poi trasversalmente verso sinistra e risalire all'angolo colico sinistro situato all'altezza normale. La sovrapposizione del trasverso al cieco-ascendente è ben modificabile sotto la pressione manuale.

Diagnosi: ciecocolonptosi e nefroptosi di terzo grado.

Operazione: nefrocolonpessia col metodo Donati.

Decorso post-operatorio normalissimo. Anche in questo caso i risultati conseguiti coll'intervento sono brillantissimi: alvo normale, scomparsa dei dolori nella fossa iliaca destra e al fianco, miglioramento notevole dello stato generale. Persiste solo qualche lieve fatto di dispepsia gastrica che viene però facilmente corretta coll'uso di alcalini.

CASO III. — T. A., di anni 42, maritata, da S. Gimignano.

Nulla di notevole nel gentilizio. All'età di 5 anni ha sofferto di enterite e a 21 anno di polmonite. Mestruata a 14 anni, ha avuto sempre i suoi flussi mensili regolari. Maritatasi a 25 anni, ebbe due figli tuttora viventi e sani: gravidanze, parti e puerperi normali. Sette anni or sono si ammalò di enterocolite della quale guarì nello spazio di vari mesi. Da allora ha cominciato a soffrire di stitichezza e di quando in quando va soggetta a coliche di breve durata localizzate prevalentemente nella fossa iliaca destra. Col tempo la stitichezza è andata progressivamente accentuandosi tanto da avere scariche alvine rarissime e solo coll'aiuto di clisteri. Ultimamente si sono aggiunti anche dei dolori quasi continui alla regione lombare destra con irradiazioni in basso e anteriormente. Per questo complesso di sofferenze è assai deperita, è divenuta nevropatica, astenica e va soggetta quasi di continuo a cefalea.

Esame obiettivo. — Stato di nutrizione generale scadente; pannicolo adiposo scarso, masse muscolari ipotoniche, flaccide. Niente al petto. L'addome è espanso, globoso nella sua metà inferiore, ma è ben trattabile ed indolente ovunque, ad eccezione che nella regione ileo-cecale, ove la palpazione provoca una discreta dolorabilità con lieve reazione di difesa della parete. Quivi si può apprezzare il cieco ora assai disteso, gorgogliante, ora resistente, retratto con tutte le caratteristiche del cosidetto «bodino ciecale». Al disopra e un po' medialmente al cieco si rileva la presenza del rene destro, ectopico e mobile in sommo grado, tanto da portarsi quasi oltre la linea mediana facendo mettere l'inferma sul fianco sinistro.

Fegato, milza e rene sinistro in sede e nei limiti normali. Niente da parte dei genitali.

All'*esame radiologico* rilevo: stomaco ptosico in modico grado senza ritardo apprezzabile nel suo svuotamento. La progressione del pasto di bario avviene nei limiti di tempo normali fino al cieco; dal cieco all'angolo colico sinistro invece la progressione si compie con un ritardo rilevantissimo, sostando gran parte del bolo opaco nel segmento cieco-ascendente assai più del consueto e restandone traccie anche dopo 4 giorni. L'immagine data dal cieco, dal colon ascendente e dal tratto iniziale del trasverso non è ben distinta, in quanto questi diversi segmenti intestinali formano come un blocco, una massa unica nella fossa iliaca; il trasverso si distacca da questo groviglio quasi in corrispondenza del suo limite inferiore per dirigersi prima trasversalmente poi con direzione fortemente obliqua verso l'angolo splenico, la cui altezza pure è un po' più bassa del normale.

Sembrerebbe a tutta prima che delle aderenze accollassero e tenessero stabilimente fissati fra loro quei vari segmenti intestinali che ho detto essere uniti in una massa compatta. Ma colla pressione manuale praticata al di dietro dello schermo è facile constatare che l'immagine è ben modificabile tanto da potere nettamente separare le diverse parti.

Si nota così che il colon ascendente e l'angolo epatico sono notevolmente ptosici ed essendo il cieco relativamente fisso essi formano nell'abbassarsi delle sinuosità, dando origine a varie angolazioni. Anche il tratto iniziale del trasverso addossato e confuso col cieco e coll'ascendente, contribuisce a dare quella strana immagine che ho descritto.

Poche modificazioni avvengono col clistere baritato, il quale rende, se mai, più apprezzabili i vari segmenti intestinali ptosici.

Diagnosi: lieve ptosi gastrica; ptosi del colon ascendente e dell'angolo epatico; probabile appendicite cronica.

Operazione: eseguo colla tecnica proposta dal Donati la nefropessia e la colonpessia per via lombare. Prima di fissare il colon compio, attraverso la stessa incisione peritoneale, la appendicectomia. Il vermio mostra anche macroscopicamente segni di flogosi cronica.

Decorso post-operatorio ottimo. La guarigione sia della stitichezza, sia di ogni altro disturbo locale e generale è anche in questo caso il risultato tardivo dell'intervento.

CASO IV. — R. A., di anni 37, maritata, da Poggibonsi.

Niente di importante nei precedenti ereditari. Da bambina soffrì di scarlattina complicata da grave nefrite che la tenne inferma per molto tempo. Vari anni dopo è stata affetta da pleurite secca e da catarro bronchiale che la lasciò tossicolosa per qualche mese. Sembra che non siano stati riscontrati allora fatti specifici polmonari. A 22 anni prese marito ed ebbe due figli con gravidanze, parti e puerperi normali. Da quest'epoca, l'alvo, che fino ad allora si era mantenuto sempre normale, si fece stitico, per cui doveva ricorrere con buon effetto a dei clisteri. Circa 3 anni or sono è stata ammalata di catarro intestinale acuto con ripetute scariche alvine giornaliere. Guaritane subentrò nuovamente la stitichezza ancor più ostinata di prima e cominciò ad avvertire anche dei dolori gravativi intermittenti alla fossa iliaca destra ed al fianco dello stesso lato. L'origine dei dolori al fianco viene attribuita dalla paziente a qualche sforzo maggiore del solito cui, per il suo mestiere faticoso, ha dovuto esporsi.

Essendosi negli ultimi tempi la stitichezza resa maggiormente accentuata, tanto che l'alvo rimane chiuso anche per 5-6 giorni, ed avendo i dolori preso un carattere più continuativo, si decide ad entrare in Ospedale.

Esame obiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari ipotoniche, pallida, in stato di discreta denutrizione. Al torace: postumi evidenti di pleurite destra, con smorzamento di suono ed affievolimento del respiro; non rantoli.

L'addome non è meteorico nè presenta evi-

denti asimmetrie. Alla palpazione bimanuale del fianco destro trovo ptosi renale di terzo grado. Evidentissima pulsazione epigastrica con dolorabilità alla pressione profonda. Colla percussione lo stomaco appare abbassato di circa tre dita trasverse. Dolorosa riesce pure la palpazione della fossa iliaca destra, ove si ha l'impressione che esista come un cuscinetto pieno d'aria, gorgogliante. Non si vedono movimenti peristatici delle anse.

Niente da parte degli organi genitali.

Esame radiologico. — Ptosi gastrica senza alcun che di anormale nella canalizzazione pilorica. Dilatazione ed abbassamento del cieco; ptosi dell'angolo colico destro che oltrepassa in basso di un buon tratto la cresta iliaca. Il trasverso prima si dirige con una leggera curvatura verso il pube, poi risale bruscamente e raggiunge l'angolo colico sinistro regolarmente situato. Rallentamento notevole di progressione del bolo baritato nella traversata cieco-ascendente-trasversa. Dopo 3 giorni evidenti traccie di bario si vedono ancora nel cieco.

Diagnosi. — Ptosi gastrica; ptosi renale di terzo grado; ptosi del segmento cieco-colon-ascendente e dell'angolo colico destro.

Operazione. — Nefrocolonpessia combinata per via lombare col metodo Donati.

Il risultato operatorio è soddisfacentissimo; l'alvo ha ora evacuazioni spontanee, ben formate, ogni due giorni; scomparsi i dolori, miglioramento della ematosi e dello stato generale.

Una fra le molteplici cause, e non certo la meno frequente, come appare anche dalla mia modesta pratica, da cui può trarre origine quella sindrome che va sotto il nome di «stasi intestinale cronica» è rappresentata dalla ptosi del colon destro, sia parziale che totale. Per rendersi conto del meccanismo col quale tale ptosi si produce e delle ragioni per le quali essa, una volta costituitasi, può determinare un rallentamento più o meno notevole del circolo intestinale, donde la stitichezza, è necessario soffermarci un po' su qualche ricordo anatomico per quanto riguarda in special modo la posizione ed i mezzi di fissazione di quel segmento del colon. E cominciamo dal cieco.

Il cieco può occupare, nell'adulto normale, una posizione molto variabile. Se ne possono distinguere, secondo Alglave, tre posizioni principali: *a*) una posizione alta, nella fossa lombare; *b*) una posizione media, nella fossa iliaca; *c*) una posizione bassa, nel piccolo bacino. La più frequente è la posizione media; delle altre due la più rara è quella alta.

In corrispondenza del cieco, il peritoneo può comportarsi in modo diverso. Nel maggior numero dei casi, esso l'avvolge, lo riveste completamente, di modo che il cieco resta libero, fluttuante nella fossa iliaca; meno frequentemente ne copre soltanto la superficie anteriore, mentre la posteriore è accollata ai tessuti retroperitoneali della fossa iliaca; qualche volta invece la sierosa forma posteriormente un meso-cieco che lo unisce alla fossa iliaca.

Il cieco poi è provvisto di due ligamenti principali: *a*) il ligamento superiore che unisce la parte più alta del cieco alla parete addominale posteriore; e *b*) il ligamento inferiore, rappresentato dalla parte terminale del mesentere e che serve ad unire il cieco alla fossa iliaca (Testut). Secondo Lefebvre invece, per quanto riguarda il cieco e l'ascendente, si devono distinguere i seguenti ligamenti: 1) la piega principale, ileo-colica; 2) la piega ciecale superiore, parieto-ciecale, retro-ileo-colica d'Alglave, parieto-colica di Jonnesco; 3) la piega ciecale inferiore, mesenterico-parietale di Jonnesco, genito-enterica di Treitz, colico ascendente d'Alglave, genito mesenterica di Reid; e più raramente, 4) la piega mesenterico-ciecale di Jonnesco; 5) la piega parieto-ciecale di Jonnesco, latero-colica-ascendente d'Alglave; 6) la piega mesenterico-cieco-parietale; 7) il diverticolo epiploico destro.

Quali e quanti che siano i ligamenti ciecali, in condizioni normali però il cieco è un organo mobile nella maggior parte dei casi. Secondo Alglave è leggermente mobile nel 25 %, molto mobile nel 20 % e fisso solo nel 16 %.

Per altri autori invece troviamo percentuali diverse; del 10 % secondo Wandel e Treves, del 90 % secondo Gegenbauher; del 6 % circa secondo Quarella; del 67 % secondo Dreyer; del 43.5 % secondo Lefebvre; cifre come si vede così ampiamente oscillanti da far pensare che nello stabilire il valore numerico della frequenza deve influire molto l'apprezzamento personale che i singoli ricercatori danno alla mobilità del cieco. In ogni modo, quello che si può concludere è che il cieco mobile, come osserva Caucci, ha una frequenza tale da escludere che sia uno stato patologico.

Il colon ascendente fa seguito direttamente al cieco e termina in corrispondenza dell'angolo colico destro, dove si continua nel colon trasverso. Esso è situato nella fossa lombare, più profondamente alla sua terminazione che alla sua origine; in complesso però ha una posizione più superficiale del colon discendente. In generale è fisso, perchè il peritoneo che lo ricopre solo anteriormente ed in parte anche ai lati, lo applica contro la parete addominale posteriore. Deviazioni da questa disposizione normale possono però verificarsi non di rado per modificazioni dello sviluppo embriologico. Può avvenire anzitutto che la coalescenza del mesocolon primitivo ascenden-

te colla parete addominale posteriore non si compia e che quindi il colon ascendente rimanga provvisto di un meso.

In secondo luogo la mancanza di coalescenza può effettuarsi secondo modalità diverse in modo da interessare ora tutto quanto il colon ascendente e dare origine così ad un meso esteso dall'angolo epatico al cieco, ora soltanto a tratti parziali di esso: ad es., ed è questa la modalità che più ci interessa pel nostro argomento, può rimanere fissa la sua metà inferiore ed essere provvista di meso libero solo la sua metà superiore. Vedremo più oltre l'importanza di simili evenienze.

L'angolo destro del colon è normalmente situato all'altezza della X costa, ha un'apertura di 70°-80°, ed è in rapporto col terzo inferiore del rene e colla faccia inferiore del fegato.

I mezzi di fissazione dell'angolo epatico sono molteplici, ma non tutti costanti:

1) ligamento freno-colico destro di Fredet, derivante secondo alcuni dal diverticolo epiploico destro, costituito secondo altri dal prolungamento del mesocolon trasverso;

2) ligamento epato-colico di Fromont;

3) ligamento cisto-colico di Bricon, formato da un prolungamento del piccolo omento;

4) ligamento duodeno-colico di Buy, dovuto al processo di coalescenza del mesentere comune embrionale.

Da quanto ho detto dunque risulta che dal colon destro l'unico tratto che in condizioni normali sia provvisto di mobilità è il cieco, mentre l'ascendente e l'angolo epatico sono fissi e ben sostenuti.

Premessi questi brevi richiami anatomici, vediamo di spiegarci il meccanismo col quale si produce la ptosi del colon destro ed in particolar modo dell'angolo epatico.

Possono darsi varie modalità a seconda che il colon ascendente è fisso od è provvisto di meso.

Se il colon è fisso in tutto il suo decorso, per avvenuta coalescenza, alla parete addominale posteriore, qualora su di esso l'apparato ligamentoso non eserciti più una sufficiente azione di sostegno, può con facilità cedere alla trazione non indifferente che il trasverso esplica per il proprio peso in corrispondenza del suo limite superiore e distaccarsi a poco a poco e per una estensione sempre maggiore dalla parete posteriore dell'addome. Una volta avvenutone il distacco, il colon ascendente cade in basso per una estensione più o meno lunga, corrispondente alla parte distaccata, e ripiegandosi su se stesso dà origine ad un nuovo angolo epatico proporzionatamente più basso, nel tempo stesso che il trasverso si fa più lungo e più ptosico.

Questa modalità di ptosi del colon ascendente che ragionando teoricamente possiamo ammettere con perfetta verosimiglianza, si capisce come possa essere in realtà enormemente facilitata quando quel segmento colico sia, a causa di un vizio di sviluppo, già congenitamente mobile, per la presenza di un meso, nella sua metà superiore.

In questo caso può verificarsi un'altra possibilità. L'angolo epatico invece di formarsi a spese del tratto di colon ascendente superiore provvisto di meso e non più nel punto di congiunzione primitivo fra ascendente e trasverso, può abbassarsi semplicemente perchè il tratto mobile di ascendente, trattenuto dalla parte inferiore fissa, si inginocchia, si ripiega, si accascia su se stesso come un sacco vuoto, trascinando in basso l'angolo colico.

Se poi il colon ascendente, invece che nella sola metà superiore, è provvisto di meso per tutta la sua estensione e goda tutto di una certa mobilità, allora la ptosi può avvenire, qualora al solito i ligamenti più non lo sostengano, per una sua discesa in toto, trasportando nella sua caduta l'angolo epatico soprastante ed il cieco sottostante.

Non sempre la ptosi dell'angolo epatico ha un significato patologico. Le recenti ricerche di Alzona hanno infatti dimostrato che esso può trovarsi ad un livello più basso del normale anche in individui il cui alvo è perfettamente regolare. Ciò significa che la ptosi di per sè stessa non conduce alla costipazione cronica, perchè basta che l'intestino conservi inalterato il suo tono e la sua energia contrattile per vincere e superare quelle speciali condizioni meccaniche, create dalla ptosi, che sono rappresentate da ripiegature e da angolazioni del tratto ptosico e che costituiscono dei veri ostacoli per la progressione delle materie fecali. Ma, come ho detto, fino a tanto che questi ostacoli sono compensati interamente dalla validità delle contrazioni intestinali, lo svuotamento dell'alvo avviene con periodicità regolare; il giorno però che questo compenso si rompe ed il fattore meccanico prende il sopravvento sul fattore organico, allora non mancherà di insediarsi la costipazione con tutte le sue conseguenze.

Le ragioni meccaniche fra le quali la ptosi dà origine ad un ristagno più o meno prolungato delle materie intestinali sono date, come ho accennato più sopra, dagli inginocchiamenti, dalle angolazioni cui dà luogo l'intestino nel cadere in basso e nel ripiegarsi

su sè stesso, con quelle conseguenze stenotiche che è facile intuire. È appunto la presenza, clinicamente e radiologicamente dimostrabile, di condizioni meccaniche stenosanti, che rendono difficile, lenta, stentata la progressione del contenuto intestinale, che legittima l'intervento chirurgico nella ptosi dell'angolo epatico.

In altre parole e con un concetto più generico possiamo dire che qualunque anomalia di posizione del colon destro, accompagnata da cronica costipazione e specialmente da quella sindrome che è caratterizzata da stitichezza abituale e da fenomeni dolorosi della regione ileo-ciecale, rende necessaria e giustificata l'operazione, soltanto quando siano ben dimostrabili degli ostacoli meccanici creati dall'alterata posizione intestinale, o più brevemente, delle stenosi di posizione, secondo la felice espressione del Donati.

Detto così a quali condizioni è richiesto l'intervento nella ptosi del colon destro, vediamo con quali provvedimenti operatori può rimediarvisi.

Vari sono i metodi adottati. Ricorderò i metodi di Klose e di Gregoire, che consistono nel fissare con una sutura a punti staccati o continua il colon ascendente, l'angolo epatico ed il tratto iniziale del trasverso al peritoneo parietale previamente inciso o no; il metodo di Waugh, col quale la pessia viene eseguita mediante un lembo di fascia della parete addominale posteriore suturata alla tenia anteriore; il metodo D'Este, nei casi nei quali alla ptosi colica si associa la ptosi del fegato, e che consiste nel fissare con vari punti, attraverso ad una incisione parallela al bordo costale, l'angolo colico ad una specie di doccia sierosa costituita col peritoneo parietale anteriore e posteriore al disotto del fegato (epatopessia) e passati poi attraverso i muscoli della parete addominale e annodati sotto la cute; il metodo di Parlavecchio per la pessia contemporanea del rene destro, del fegato e dell'angolo epatico del colon (nefro-epato-goniocolonpessia) e che si fonda sui seguenti tempi: 1° tempo: nefropessi col suo noto metodo; 2° tempo: prolungando l'incisione sull'addome, apre il peritoneo, sutura la parte posteriore apicale della flessura epatica alla capsula anteriore del rene; scolpisce sul margine anteriore della ferita laparotomica un lembo aponevrotico-muscolare di cm. 3 × 8 con base al margine costale ed apice libero in basso; ridotto il fegato, ribatte il lembo in modo che ne abbracci e ne uncini il bordo tagliente e lo fissa in tale posizione con un largo punto ad U di seta robusta, che attraversa da dentro in fuori lembo, margine epatico ed ultimo spazio intercostale; 3° tempo: completata così la epatopessi, utilizza la porzione inferiore del ligamento aponevrotico (che resta pendente dalla faccia concava del fegato) per sospendere a squadra la prima porzione del trasverso in maniera analoga a quella che fa il ligamento epato-colico. A tal uopo sutura il margine inferiore del ligamento alla faccia supero-anteriore del colon in direzione obliqua in basso e medialmente in modo che l'angolo infero-anteriore del lembo tocchi coll'inizio del grembiule omentale. La flessura epatica così resta fissata in maniera solida e simile alla naturale, provvedendosi contemporaneamente alla fissazione dell'angolo e alla conformazione a squadra di esso.

Per la pessia contemporanea del rene destro e dell'angolo epatico del colon, il metodo che a me sembra il migliore, il più razionale e che nei miei casi ha corrisposto in modo perfetto, è quello di Donati (nefro-colonpessia combinata per via lombare).

Ecco, brevemente, in che cosa consiste.

Messa l'ammalata in decubito laterale sinistro con un cuscino sotto il fianco, si pratica una incisione lombo-iliaca destra di circa 20 cm., obliqua, estesa dalla X costa fino alla spina iliaca antero-superiore. Esteriorizzato il rene, si preparano a spese della sua capsula, con una incisione a croce, quattro lembi: due superiori e due inferiori, non molto lunghi, i quali, scollati dalla superficie renale e attorcigliati su sè stessi a guisa di cordone, vengono trafitti e legati, in corrispondenza delle loro estremità libere, da un grosso filo di catgut montato su di un ago cilindrico. Riposto il rene nella sua loggia, i fili che sostengono i lembi capsulari superiori vengono fatti passare da dentro in fuori attraverso l'ultimo o penultimo spazio intercostale ed annodati, mentre l'assistente uncinando il polo inferiore del rene lo spinge in alto. I fili dei lembi inferiori invece vengono fissati quello anteriore ai muscoli larghi della parete addominale e quello posteriore al muscolo quadrato dei lombi. È bene però che questi fili vengano annodati soltanto dopo avere eseguita la colonpessia.

Per eseguire la colonpessia, si incide il peritoneo per quasi tutta l'altezza della ferita lombare, e, riconosciuto l'angolo epatico del colon, esso viene sollevato e riportato nella sua sede normale ed ivi fissato con un punto in seta che comprende da un lato la tenia postero-laterale e dall'altro il penultimo spazio

intercostale, subito al davanti del punto che sostiene il lembo antero-superiore della capsula renale. Altri punti vengono scaglionati lungo il colon ascendente in modo da fissarlo da una parte ai muscoli larghi dell'addome e dall'altra al peritoneo parietale ed alla fascia addominale posteriore.

Fatto ciò si passa alla chiusura del peritoneo, si annodano i fili dei lembi capsulari inferiori, e si sutura a strati l'incisione lombare, senza lasciare drenaggio.

Il metodo di Donati è indicato, come ho detto, quando alla ptosi dell'angolo epatico del colon si associa la ptosi del rene destro. Questa associazione si osserva con una certa frequenza: e se ne capisce la ragione quando si pensi agli intimi rapporti anatomici che intercedono fra il rene e l'angolo destro del colon, rapporti che ci spiegano anche l'importanza che ha assunto oggi l'ectopia e la mobilità renale nella patologia appendico-cieco-colica. Nella forma che ci interessa sembra che lo spostamento primario sia generalmente, non del rene, ma dell'intestino (Donati): è l'angolo colico che cadendo trascina in basso anche il rene; infatti Donati ha potuto constatare al tavolo operatorio che « se si fissa l'angolo epatico in posizione normale, la spostabilità del rene resta assai notevolmente ridotta ed impedita ». Ne deriva, da un punto di vista pratico, che se la ptosi renale è di modico grado, basta la sola colonpessia a far risalire il rene e a dargli una fissità pressochè normale; ma se la ptosi raggiunge dei gradi cospicui allora bisogna provvedervi anche colla nefropessia. È appunto in questi casi che la tecnica proposta dal Donati dà i risultati più soddisfacenti.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Ricerche recenti sui gruppi sanguigni.

(J. MOUZON. *La Presse Médicale*, 16 giugno 1923).

Sono note da tempo le diverse reazioni che avvengono quando si mettono in contatto una sospensione di emazie e del siero di sangue. Le emazie possono rimanere intatte, oppure si alterano, sia riunendosi in grumi che lasciano fra loro un liquido chiaro (agglutinazione) sia lasciando diffondere l'emoglobina (emolisi). Salvo pochi casi patologici, la miscela di emazie e di siero dello stesso individuo non dà nè agglutinazione, nè emolisi, fatti che invece si possono verificare se le emazie ed il siero appartengono ad individui diversi della stessa specie umana (negli animali detti fenomeni non si verificano), oppure ad individui di specie diverse.

Nell'uomo il fatto più frequente è l'agglutinazione e lo si esplica in modo comodo attribuendo la reazione a presenza o meno di agglutinina e di agglutinogeno. Si è veduto in seguito che la reazione è particolare ad ogni sangue, costituendo in certo qual modo un carattere permanente; si sono così riconosciuti quattro gruppi sanguigni. Il I è caratterizzato dall'estrema sensibilità delle emazie, che sono agglutinate dal siero di tutti gli altri gruppi; il IV è invece distinto per la grande attività del siero, che agglutina le emazie di tutti gli altri; nei gruppi II e III si hanno reazioni crociate, il siero del II agglutina le emazie del III e quello del III agglutina le emazie del II. I gruppi più frequenti nella razza bianca sono il IV (45 %) ed il II (40 %), il più raro è il I (4 %); nella razza nera è relativamente maggiore la frequenza del gruppo III (27 % anzichè 11 %).

L'applicazione più importante di tali nozioni teoriche riguarda la *trasfusione del sangue;* gli incidenti più o meno gravi che si osservano talvolta durante o dopo la trasfusione (brividi, cefalea, dispnea, cianosi, sincope, *choc*, ecc.) sono stati attribuiti a possibili reazioni fra emazie e siero del donatore e del ricevitore. Si usa quindi, prima di praticare la trasfusione, di provare se fra l'un sangue e l'altro si verificano le dette reazioni, osservando se si ha agglutinazione all'esame macroscopico della miscela, messa sopra un portaoggetti. Il pericolo sembra legato unicamente all'agglutinazione delle emazie del donatore per mezzo del siero del ricevitore; gli in-

dividui del gruppo IV sono donatori universali; il loro siero è il solo inoffensivo per i ricevitori del gruppo IV; gli individui del gruppo I sono invece ricevitori universali, ma non possono servire da donatori che per quelli dello stesso gruppo. Le reazioni fra il II ed il III gruppo spesso si trascurano e ci si accontenta di mettere in contatto sopra un portaoggetti una goccia di siero del ricevitore ed una goccia di sangue del donatore, osservando se vi è agglutinazione (grumi abbastanza voluminosi, separati da liquido chiaro ed incoloro). Un donatore adatto è spesso (non sempre) un ascendente od un discendente del malato in cui si deve fare la trasfusione.

Non bisogna poi dimenticare che le indicazioni date dalla prova di agglutinazione, sebbene in pratica se ne debba sempre tener conto, riposano sopra una ipotesi, e che non si è mai riscontrata l'agglutinazione e raramente l'emolisi in individui che avevano avuti incidenti alla trasfusione; questi si sono osservati anche dopo la prova dei gruppi sanguigni e sono stati attribuiti a proprietà tossiche del citrato od a modificazioni della concentrazione di joni-idrogeno della soluzione iniettata.

Lo studio dei gruppi sanguigni ha anche *applicazioni medico-legali*, sia per l'identificazione delle macchie di sangue, sia per la ricerca della paternità. È stata dimostrata di fatto la trasmissione ereditaria dei gruppi sanguigni e ricerche recenti hanno messo in chiaro che la presenza di agglutinine nel siero interviene come un carattere dominante nel senso mendeliano e che nel figlio non si trovano altre agglutinine che quelle degli ascendenti diretti. Sarebbe però temerario accordare un valore assoluto a queste conclusioni; comunque per poter dare un parere decisivo sembra che sia necessario rimontare all'esame dei quattro nonni.

Da una studio recente di Mac Quarrie i fenomeni di isoagglutinazione porterebbero a curiosi risultati in un campo affatto diverso. Il gruppo sanguigno di solito, non diventa definitivo che nel primo o secondo anno di vita; in qualche caso però (nell'11 %) esso è costituito già prima della nascita ed è possibile che sia diverso da quello della madre e che vi sia interagglutinazione fra il sangue del feto e quello della madre. Ora i fenomeni di intossicazione gravidica sono molto più frequenti nei casi in cui vi è interagglutinazione; il 70 % dei casi di gravidanza mal tollerata appartiene a casi in cui vi è incompatibilità fra i due sangui. Nelle donne morte per eclampsia si trovano dei focolai di necrosi contenenti trombi formati da emazie agglutinate, che potrebbero provenire dal passaggio del sangue fetale in quello della madre. L'agglutinazione non sarebbe poi la vera causa dell'eclampsia, ma un indice della incompatibilità dei colloidi rispettivi, e si potrebbe così allacciare la teoria dell'eclampsia alla anafilassi.

* * *

Ulteriori studî hanno scosso però le basi su cui si fonda la teoria dei gruppi sanguigni. Anzitutto vi sono dei sangui che non appartengono ad alcuno dei quattro gruppi classici; si sarebbe inoltre trovata una terza agglutinina, per cui si potrebbero stabilire 27 gruppi differenti, dei quali se ne sono riscontrati fino ad oggi soltanto otto. Comunque per la determinazione dei gruppi sanguigni, sarebbero necessarî procedimenti più complessi di quelli in uso oggi. Da molti autori sono poi state segnalate numerose eccezioni ai quattro gruppi classici; bisognerebbe sopratutto diffidare dei sangui che sembrano appartenere al gruppo terzo.

Anche la fissità del gruppo sanguigno in uno stesso individuo è stata vivacemente attaccata. In molte condizioni che possono turbare l'equilibrio colloidale del plasma (assorbimento di medicamenti, narcosi, radioterapia profonda) Eden avrebbe dimostrato che l'agglutinabilità si modifica in modo transitorio e passa da un gruppo all'altro. Queste esperienze che farebbero crollare tutto l'edificio dei gruppi sanguigni non sono state confermate, e sono state anzi riconosciute passibili di cause d'errore, ritenendosi particolarmente che sia stata confusa la vera agglutinazione con la pseudo-agglutinazione, realizzata dalla disposizione delle emazie in pile di monete. Quest'ultima sarebbe un fenomeno assai variabile, con caratteri instabili, al pari dell'equilibrio colloidale del plasma da cui sembra dipendere, e come la coagulazione nella quale sembra intervenire; la velocità di sedimentazione delle emazie sarebbe la sua espressione misurable; essa subirebbe inoltre l'influenza di diverse condizioni fisiologche e patologiche. L'isoagglutinazione invece, come risulta anche dal lavoro di P. Mino che ha dimostrato erronee le esperienze di Eden, sarebbe una proprietà permanente, indipendente dalle condizioni fisiologiche e patologiche, generalmente associata all'emolisi senza esservi legata, vera caratteristica individuale di origine ereditaria e suscettibile di applicazioni nella trasfusione del sangue, in medicina legale e, forse, nella patogenesi della intossicazione gravidica.

FILIPPINI.

GASTRO-ENTEROLOGIA.

Sull'achilia gastrica.

(J. SAILER. *Jour. A. M. A.*, 7 ottobre 1922).

Fu descritta per primo da Fenwick nel 1877. Ve ne è una forma secondaria, o meglio complicata ad anemia perniciosa, a carcinoma gastrico, ad amiloidosi, ed una forma primitiva.

Le forme secondarie hanno spesso un andamento progressivo e fatale, mentre le forme primitive possono mancare di ogni sintoma e consentire una buona nutrizione, dimostrando così la non assoluta necessità della digestione gastrica: sono spesso associate a disturbi neurastenici, specialmente neurosi ansiose.

Di solito manca acido cloridrico e pepsina, però l'acidità totale non di rado è quasi normale.

L'achilia gastrica è più comune nelle donne, più fra i 30 e i 60 anni; la costipazione è in essa più comune della diarrea. In parecchi casi persiste un senso di sapore cattivo o amaro, e la lingua appare rossa e lucida. Non sono rara concomitanza le lesioni della cistifellea.

Nei pochi casi esaminati a tale intento, fu sempre trovata amilopsina e tripsina nel duodeno.

Per la diagnosi di achilia gastrica è necessario l'esame frazionato del succo gastrico, potendo la secrezione gastrica apparire con molto ritardo.

L'achilia gastrica deve considerarsi in larga misura un'alterazione funzionale: non è raro infatti costatare di tanto in tanto la ricomparsa del succo gastrico.

Per la terapia è utile dare acido cloridrico diluito, prima dei pasti, con o senza pepsina. Anche il solo acido cloridrico spesso provoca la secrezione di pepsina. Si può somministrare diluito in acqua, o in latte, fino a tolleranza: generalmente da 1 a 4 cc. al giorno.

È bene escludere dalla dieta i cibi che possono servire di buon mezzo di cultura ai germi, specie nei climi caldi, per la minor protezione contro le infezioni alimentari che hanno gli achilici.

Per la diagnosi differenziale tra achilia gastrica, anemia perniciosa, e carcinoma, tener conto della bassa tolleranza agli zuccheri dei carcinomatosi, e dell'esame di sangue. Negli anemici perniciosi la sensibilità vibratoria delle ossa degli arti inferiori è spesso diminuita, e può andar perduta completamente. In alcuni casi vi è un polso simile a quello di Corrigan, e una tensione arteriosa più alta negli arti inferiori che nei superiori. Si danno però casi nei quali la diagnosi differenziale è difficile.

Secondo F. Smithies e S. Harris per la diagnosi occorre ripetere i pasti di prova e fare sempre l'esame frazionato: i pasti è preferibile siano secchi, onde permangano più a lungo nello stomaco.

A. Carlson richiama l'attenzione sull'importanza della presenza o meno di pepsina nel succo gastrico, poichè la secrezione della pepsina è in larga misura indipendente da quella dell'acido cloridrico. Ciò ha importanza per la terapia. Il vitto dev'esser tale da evitare ogni irritazione del tenue, che negli achilici si trova spesso in istato catarrale.

Esistono casi congeniti di achilia, a base probabilmente organica (atrofia della mucosa).

DORIA.

La diagnosi precoce dell'ileo da strozzamento.

(A. KRECKE. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 26 gennaio 1923).

È ormai generalmente riconosciuto che, nelle malattie acute della cavità addominale, minaccianti la vita del paziente, la salvezza può dipendere solo da un intervento precoce; ciò vale per l'appendicite, per l'ulcera gastrica perforata, per le lesioni intestinali, per la perforazione della cistifellea, tutte condizioni in cui il pericolo che minaccia la vita è la peritonite suppurativa. Nell'occlusione intestinale vi sono talvolta forme in cui l'intervento operativo non è altrettanto urgente ed abbiamo a disposizione altri mezzi per combatterlo, come gli enteroclismi, le applicazioni calde, l'atropina; ciò vale per certi casi di ileo spastico o di occlusione da tumori, in cui si può mettere in opera una terapia aspettante; l'intervento operativo non riveste il carattere di assoluta urgenza e può essere coronato da successo anche se praticato 8-10 fin 18 giorni dall'inizio dei sintomi. Sarebbe però pericoloso generalizzare questi concetti ed è invece necessario fare distinzione fra le diverse forme; in alcune di fatto, come per es. in quella da strozzamento, l'attesa anche di poche ore può essere fatale per la vita del paziente. In essa non vi è soltanto un ostacolo in una parte dell'intestino che ne viene chiuso; questo è anche serrato e danneggiato nella sua nutrizione; va cioè soggetto ad un processo analogo a quello dello strozzamento erniario con esito in gangrena; i batterii intestinali si fanno strada nel peritoneo e ne segue la peritonite purulenta che porta in breve tempo a morte l'ammalato. E ciò può avvenire anche prima

che si verifichi il tanto temuto vomito fecale.

È questa forma di strozzamento che va considerata come la più pericolosa delle occlusioni intestinali ed è la conseguenza della legatura di una porzione dell'intestino da parte di cordoni o di briglie, oppure della rotazione dell'intestino stesso sul proprio asse. In tali casi si deve procedere all'operazione con la massima urgenza ed è quindi necessaria una diagnosi per quanto è possibile precoce. Essa si basa sui fenomeni dell'occlusione e su quelli dello strozzamento.

Nel caso che sia interessata un'ansa del tenue, come è il caso più frequente; si hanno i seguenti fenomeni: 1) vomito iniziale; 2) rumori intestinali metallici; 3) dolori colici; 4) contrazioni intestinali; 5) vomito del contenuto intestinale; 6) mancanza di feci e di gas; 7) peggioramento progressivo. Per la diagnosi non è necessario che vi siano tutti questi fenomeni, che anzi, salvo la mancanza di feci e di gas, possono fare difetto sul principio.

Soprattutto, come si è accennato, non si deve aspettare il vomito fecale che può mancare del tutto se l'ansa interessata è profonda e se si tratta di persona di età avanzata. Nel caso che vi sia anche strozzamento compaiono sintomi dipendenti dalle lesioni anatomiche dell'ansa interessata. Importantissimo fra questi è il *dolore* che, mentre può mancare del tutto od essere affatto lieve nell'occlusione, è invece marcatissimo nello strozzamento; esso di solito inizia la malattia e si mantiene per tutta la durata.

Dolori addominali violenti con mancata emissione di feci e di gas, se non esistono segni di infiammazione degli organi addominali, debbono fare senz'altro sospettare lo strozzamento. Appartiene pure ai sintomi iniziali il *vomito*, non già quello fecale, ma quello dipendente dall'irritazione della sierosa che ha lo stesso significato del vomito dell'appendicite e della colecistite. Manca raramente, si verifica 10-12 volte al giorno e dà esito dapprima a resti alimentari e poi a muco ed a bile.

Altro carattere importante è dato dalla *frequenza del polso;* questo nelle primissime ore si fa più raro, ma non ci si deve lasciare ingannare da questo sintoma; rivedendo l'ammalato 2-3 ore più tardi, le condizioni cambiano e la frequenza aumenta sicchè alla 3ª-6ª ora il polso può di già raggiungere ed oltrepassare i 100 per minuto.

In queste condizioni, quando si escluda una infiammazione degli organi addominali (appendicite, colecistite, salpingite) la diagnosi di strozzamento può essere posta con grande probabilità; l'addome può essere trattabile, insensibile e piatto; senza attendere altri sintomi, si deve inviare l'ammalato dal chirurgo.

Accanto a questi tre sintomi cardinali ve ne possono essere altri pure importanti. Fra questi il *meteorismo*, particolarmente significativo quando è locale; si vedono periodicamente a traverso la parete addominale contrazioni dell'intestino che durano pochi secondi e sono accompagnate da rumori a tipo di brontolii sonori bene avvertibili con lo stetoscopio. Quando l'ansa strozzata si trova prossima alla parete addominale, la si può delimitare con la percussione; in queste tumefazioni da meteorismo locale, che si presentano immobili, mancano le contrazioni periodiche sopra descritte. In presenza di tali segni la diagnosi di strozzamento è assicurata; non bisogna però attenderli per intervenire, poichè deve già bastare la diagnosi di probabilità. Il meteorismo generale dell'addome poi appartiene ai sintomi tardivi ed esula dal campo di una diagnosi precoce. Siccome poi fin dall'inizio vi è l'irritazione della sierosa, appartiene ai primi sintomi la *tensione reflessa della muscolatura addominale;* questa tensione locale di difesa indica il principio del processo infiammatorio, mentre le contrazioni locali ed il meteorismo sono un segno sicuro dell'esistenza dell'ostacolo.

La diagnosi precoce dello strozzamento è difficile ed esige la massima attenzione da parte del medico che deve sentire tutta la propria responsabilità e pensare che solo nelle prime ore l'operazione ha probabilità di successo. Quando l'addome è come un tamburo, il polso frequentissimo e filiforme, le labbra cianotiche e si ha il vomito fecale, non vi è ormai più nulla da sperare. L'anamnesi può facilitare la diagnosi precoce; si ponga particolare attenzione a pregressi processi infiammatorii addominali, come appendicite, colecistite, annessite. Una gran parte degli strozzamenti interni proviene da cordoni e briglie, esiti residuali di precedenti operazioni, i quali possono dopo diversi anni provocare i sintomi dello strozzamento; se questi si verificano in un individuo precedentemente sottoposto ad interventi addominali, od in donne che sono state operate per gravidanza tubaria, non si perda tempo e ci si affretti alla laparotomia.

Una diagnosi esatta della specie e della localizzazione dello strozzamento è il più spesso impossibile, ma basta la diagnosi generica; il fatto di precedenti operazioni può far pensare ad un cordone, la presenza di un'ansa immobile può far ritenere che si tratti di volvolo. La maggior parte degli strozzamenti riguarda

il tenue, il vomito molto violento indica in generale la localizzazione nella parete alta.

Una regola da non dimenticare in presenza di sintomi di strozzamento è quella di esaminare tutti i possibili orificî erniarî, tanto più che la tumefazione in questi può essere del tutto insignificante ed una trascuratezza in tal senso può condurre ad un'inutile laparotomia.

fil.

Un caso di appendicite cistica.

(LEPOUTRE e DELATTRE. Bull. et Mém. Société de Chirurgie. Tome XLIX, n. 8, 6 marzo 1923).

Donna di 25 a. con prima crisi di appendicite nel gennaio 1919, leggera e curata con 10 giorni di riposo a letto. Successivamente frequenti disturbi digestivi al minimo errore dietetico. Nel settembre 1922 altre crisi leggere di dolori. In tale epoca, dopo pochi giorni, condizioni generali eccellenti; dolore nettissimo alla pressione nella regione appendicolare; scarsa difesa delle pareti, che rende difficile però l'esplorazione profonda.

Operazione: il 25 novembre 1922. — Incisione di Jalaquier. Cieco esteriorilizzabile, sul quale è impiantata un'appendice del volume di un pugno di adulto, non aderente nè all'epiploon nè agli organi vicini. Tutta la massa è fluttuante. L'estremità prossimale termina anche nell'interno del cieco, ed attraverso la parete di quest'organo si sente nel suo lume una cupola costituita dalla parte superiore della cisti appendicolare. Circoscritta la base di impianto, previa protezione del campo operatorio, si pratica una resezione del fondo cecale: sutura intestinale in due piani. Dall'appendice fuoriesce una mucilaggine spessa, gelatinosa, opalescente; le pareti del viscere sono assottigliate ed atrofiche.

Esame microscopico: sezioni fatte sul fondo appendicolare, nella parte media e nella base di impianto non rivelano tracce di infiammazione nè di formazioni neoplastiche; lo spessore della parete è di 2 mm. Sulla parte media si ha il massimo assottigliamento e mucosa muscolare e sierosa sono addossate; scomparse le pieghe della mucosa, di cui l'epitelio riposa direttamente, come strato continuo, sulla muscolare; qualche follicolo linfatico, nella muscolare, di cui i due strati sono sottilmente addossati l'uno all'altro e l'esterno in qualche punto, sclerosato. Sul fondo dell'appendice la mucosa è scomparsa; abbondante infiltrazione linfoide nella sottomucosa; muscolare esterna sclerosata in buona parte. Le sezioni praticate nella base di impianto, parete cecale, mostra uno strato di mucosa normale cecale con le glandole di Liebertruhn, strati muscolari assottigliati, soprapposti e nei lati della cavità cistica non si trova traccia di mucosa appendicolare; numerosi isolotti emorragici. In riassunto dilatazione cistica di tutta l'appendice con travate di infiammazione.

Ciò che caratterizza questa affezione è la atrofia considerevole antica delle pareti dell'organo e la scomparsa dei follicoli linfatici. In alcuni casi assai frequenti l'appendice è distesa solamente alla sua estremità distale, in dietro ad una stenosi infiammatoria. Più raramente è tutta distesa, con cavità interamente separata dal ceco (*appendice gigante*). Clinicamente in questi casi si ha il decorso di un'appendicite cronica, con episodii subacuti. Raramente si riesce a palpare la tumefazione appendicolare. Rompendosi può determinare la *malattia gelatinosa del peritoneo.* Il contenuto mucoso è stato batteriologicamente trovato sterile. Nel caso riferito manca lo esame batteriologico. Si avrebbe quindi, malgrado la cavità chiusa, distruzione dei germi normalmente contenuti nell'appendice.

JURA.

Della gastro-entero-anostomosi senza la torsione dell'ansa digiunale.

(GOULLIOND. *Journ. de Chir.*, fév., n. 2, 1922).

L'A. non fa la gastroenterostomia come la maggior parte dei chirurgi francesi e i buoni risultati lo consigliano a illustrare la sua particolare tecnica.

La gran maggioranza dei chirurgi nel praticare la gastroenterostomia fa compiere all'ansa un giro in modo, secondo i vecchi precetti del Rochwitz e poi del Marion, che il movimento del contenuto si compia come nello stomaco da sinistra a destra cioè in senso isoperiltico..

L'A. invece fa una stomia antiperistaltica, che dice *diretta*, vicinissima al Treiz, senza torsione dell'ansa e perciò conservando la direzione di essa da destra a sinistra.

Esegue la stomia posteriore vicinissima al Treiz (1-2 dita) parallela alla grande curvatura, ma alquanto inclinata in basso e a sinistra e fissa la breccia mesocolica allo stomaco sopra la bocca anastomotica.

Questa maniera di fare ha la sua ragione anatomica, poichè il digiuno lasciando il Treiz obliqua a sinistra e in basso sul versante sinistro del corpo vertebrale come ha studiato W. Mayo e perciò è meglio rispettare questa disposizione naturale quando si fa ansa cortissima. Quando invece l'ansa si fa più lunga, là dove il digiuno va da destra a sinistra, è indicato invece conservare questa disposizione voluta dal Marion.

L'essenziale è non contrariare la direzione dell'ansa, perchè questa disposta in altro modo tendendo a prendere la primitiva disposizione non torca l'intestino.

Nella stomia diretta gli alimenti vengono spinti dallo stomaco dall'alto in basso, quindi vengono presi e trasportati dalla peristalsi in-

testinale nel suo senso, perciò nel nostro caso da destra a sinistra, in modo cioè non isoperistaltico rispetto lo stomaco. Quando non esistono torsioni gli alimenti si muovono nell'intestino e per la peristalsi e per il gran flusso di bile e di succo pancreatico e duodenale, che è in quantità non indifferente come l'A. ha potuto osservare in una donna con fistola duodenale ove raggiungeva i 2 litri.

Questo processo non è originale, poichè ad ansa corta e con stomia assai più obliqua in basso e a sinistra, parallela ai vasi dello stomaco, è stato eseguito dal Roux nel 1898 e poi dallo Hochenegg. Inoltre più recentemente è stato raccomandato da William Mayo per evitare il circolo vizioso acuto e cranico.

Però l'A., in base alla sua lunga esperienza personale, può affermare che con questo genere di G. E. diretta si evita il circolo vizioso, che l'aveva molto preoccupato nei suoi primi anni di chirurgia gastrica, e che clinicamente e radiograficamente si osserva un'ottima funzionalità del neopiloro.

Analogamente vantano buoni risultati quelli che la praticano isoperistaltica alla Marion o alla Richard, ma costoro talvolta hanno dovuto ricorrere a lavaggi gastrici; talvolta hanno dovuto eseguire una digiuno-digiunostomia complimentare, talvolta hanno constatato dilatazione acuta dello stomaco. In conclusione hanno osservato danni da circolo vizioso usando ansa lunga ingiustamente detta a volte corta.

L'A. è perciò fautore della stomia diretta ad ansa corta che gli ha dato sempre ottimi risultati. Tuttavia crede che in alcuni casi si può avere indicazione per la stomia isoperistaltica ad ansa lunga o meno. Così nel caso di fistola duodenale in cui praticò esclusione eseguì, per impedire reflusso alimentare nel duodeno, ansa lunga e per cautela digiuno-digiunostomia.

Così in un caso in cui, lasciando il Treiz il digiuno andava invece che a sinistra a destra preferì la disposizione isoperistaltica.

GUSSIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. BATTISTELLI. *La bugia nei normali, nei criminali, nei folli.* Prezzo L. 12.50. Editore Laterza. Bari.

Il pregevole saggio psicologico del prof. Battistelli gode già una sufficiente notorietà perchè meriti di essere additato all'attenzione del pubblico medico. Il succedersi frequente delle edizioni attesta l'interesse che esso ha destato. In effetti nulla di più completo è stato pubblicato su l'argomento in Italia e fuori.

Le pagine di questo libro, che rivelano nel Battistelli una vasta cultura, un intelletto acuto, un'anima d'artista, si leggono con vero diletto, con sicuro profitto. La bugia ed il bugiardo sono considerati e studiati con rigorismo scientifico ed insieme con sentimento d'arte. La veste letteraria è chiara, corretta, forbita.

L'edizione è nitida ed elegante.

dr.

FINKBEINER. *Die Kretinische Entartung nach antropologischer Methode.* — Prezzo L. 72. — Editore Springer, Berlino.

È uno studio completo sulle cause e la sintomatologia del cretinismo.

La personalità fisica e psichica del cretino è considerata nei più minuti dettagli.

Una parte considerevole del volume è dedicata alla prevenzione di questa forma di deficienza mentale ed al trattamento dei cretini inteso a renderli individui utili.

dr.

E. OSTY. *La Connaissance Supra-Normale.* — Prezzo Fr. 15. — Editore F. Alcan, Parigi.

L'autore espone in questo libro i risultati delle sue osservazioni sulla strana facoltà di alcuni individui di prendere conoscenza della realtà esterna, degli uomini e delle cose, in condizioni nelle quali i loro sensi e la loro ragione non sono in grado di apprendere nulla.

I fatti raccolti sono molti ed impressionanti, ma le conclusioni interpretative, le ipotesi spiegative indicate dall'autore sono poco, anzi per nulla soddisfacenti, come del resto suole avvenire per siffatti argomenti.

dr.

M. RAGAZZI. *Alcoolismo.* Un opuscolo di 16 pag. Edizione Ciglia, Genova, V. G. Ferrari, n. 6. Prezzo L. 1.

Uno dei modi più efficaci di diffondere le nozioni di igiene consiste nelle brevi e sem-

plici conferenze illustrate da proiezioni che attraggono l'attenzione dell'uditore e meglio fissano nella mente i concetti esposti. Il prof. Ragazzi ha intrapresa la pubblicazione di schemi di conferenze di propaganda igienica, in cui ogni punto saliente è illustrato da una proiezione; questa dell'alcoolismo è la quinta della serie e mette efficacemente in rilievo i danni materiali e morali dell'alcoolismo riuscendo persuasiva senza essere terrificante. Essa è accompagnata da 25 diapositive e tornerà assai utile a quanti maestri, medici, propagandisti intendano diffondere i sani principî di igiene fra le masse.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 22 giugno 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, Presidente.

Rapporti tra forma e funzione nel sistema di conduzione dell'eccitamento del cuore

BRUNI A. C. — L'O., ricordata la forma e lo sviluppo del sistema (nodo del seno e fascio di His col nodo di Tawara), secondo le sue osservazioni, rileva sulla base dei dati fisiologici che le differenze funzionali tra il sistema di conduzione ed il miocardio comune sono soltanto di grado. Ritiene che anche le differenze anatomiche siano soltanto di grado, poichè il tessuto dei nodi non è, per quanto gli risulta, nè un quid di mezzo fra il tessuto muscolare ed il nervoso, nè una specie di fuso neuromuscolare, come fu sostenuto, ma semplicemente una particolare forma di miocardio. La natura prettamente muscolare del sistema è dimostrata dallo sviluppo, che dall'O. fu sistematicamente seguito nei ruminanti.

L'O. vuol mettere in rilievo che la caratteristica dei nodi fin dai primordi del loro sviluppo è quella di possedere miofibrille dirette secondo tutte le direzioni; essi devono quindi essere capaci di contrarsi secondo tutti i diametri e, data la loro posizione ed i loro rapporti di continuità col miocardio comune, di propagare contemporaneamente la contrazione a tutte le parti del cuore.

I fermenti del sangue nella fatica.

SERENI E. — L'O., con esperienze sulla cavia e sull'uomo, ha rilevato che la fatica acuta provoca delle modificazioni dei fermenti del sangue: e precisamente una diminuzione della lipasi, un aumento dell'amilasi, del fermento glicolitico, della catalasi e del fermento proteolitico. L'affaticamento prolungato per parecchi giorni determina invece una ulteriore diminuizione della lipasi, un maggiore aumento della amilasi e del fermento glicolitico, ed una diminuizione della catalasi. Il salasso lascia sempre immutata l'amilasi, mentre modifica talvolta — nel senso di una diminuizione — tutti gli altri fermenti citati.

Fatica e sistema nervoso vegetativo.

AIELLO G. — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche rivolte all'indagine degli influssi esercitati dalla fatica sull'equilibrio neuro-vegetativo. Con diverse serie di ricerche, sugli animali e sull'uomo, ha potuto dimostrare che la fatica causa variazioni nel quadro leucocitario, nel comportamento del riflesso oculo-cardiaco, del dermografismo e della pressione. Nei gangli simpatici della cavia sono frequenti alterazioni a carico della sostanza tiroide, dopo affaticamento prolungato. I risultati complessivi fanno ritenere all'O. che il sistema nervoso vegetativo prenda parte alla complessa sindrome della fatica.

Seduta del 29 giugno 1923.

Presidenza: Prof. A. PASINI, Presidente.

La cura endotracheale col vaccino B V_2 (Vébol Bossan) nella tubercolosi polmonare.

GENNARI C. — L'O. espone le sue osservazioni sopra 10 casi di tubercolosi polmonare, curati con iniezioni endotracheali di vaccino Bossan, B V_2, alla dose di 3-4 cmc. Il vaccino Bossan, composto di una soluzione oleosa di bacilli tubercolari appositamente macerati, agisce in linea generale come una tubercolina. La sua speciale composizione, ed il suo lento assorbimento attraverso l'epitelio polmonare, rende la sua applicazione possibile in casi più avanzati, in forme aperte ove la cura tubercolinica non è consigliabile. I risultati ottenuti sono in parecchi casi incoraggianti; in alcuni si ebbe la completa scomparsa dei bacilli di Koch negli sputi.

Il valore del segno di Tansini per la diagnosi di metastasi intestinale nel cancro del piloro.

DELLA MANO N. — L'O. riferisce su 22 osservazioni di cancro del piloro catalogabili in 4 gruppi e giunge alle seguenti conclusioni: 1) La presenza del segno di Tansini non sta ad indicare l'esistenza di metastasi intestinali se non con un certo grado di probabilità, pari al 42 % dei casi di carcinoma del piloro con addome tumido; 2) Spesso (50 %), al rilievo clinico del sintomo di Tansini corrispondono diffuse infiltrazioni a visceri addominali, ma non metastasi intestinali; 3) Non sempre (10-15 %), il rilievo al tavolo operatorio di diffuse metastasi intestinali ha il riscontro clinico del segno di Tansini; 4) Si ha addome più o meno tumido anche in casi di stenosi pilorica di natura benigna, cicatriziale; 5) Probabilmente la tumefazione del ventre nei gastropazienti cancerosi, oltre che da una leggera reazione dei due foglietti peri-

toneali per diffusione e infiltrazione della forma neoplastica, è determinata anche da un altro fattore di natura nervosa; 6) Il segno di Tansini non ha altro valore, che quello di indicare, con grande probabilità (80-85 % dei casi di carcinoma pilorico con addome più o meno tumido), che la forma neoplastica dello stomaco è largamente diffusa nella cavità addominale senza però poter precisare una speciale localizzazione della metastasi.

Di un semplice e pratico apparecchio per la trasfusione con sangue citratato.

ROSSI F. — L'O. descrive un suo apparecchio per la trasfusione con sangue citratato, il quale, sia per la sua semplicità, sia perchè non presenta gli inconvenienti offerti dai numerosi altri consimili, si impone alla pratica.

A. CERESOLI.

Reale Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 15 e 16 *giugno* 1923.

Presidenza: Prof. G. B. RIZZO.

Segretario: Prof. L. DE GAETANI.

Prof. C. CIACCIO. — *Sulla lisi batterica trasmissibile.* Nota 1ª. *Meccanismo d'azione.*

Dott. E. REMOTTI. — *Sulla lisi batterica trasmissibile.* Nota 2ª. *Azione del batteriofago sulle proteine.*

Prof. C. CIACCIO. — *Sulla lisi batterica trasmissibile.* Nota 3ª. *Natura della lisi.*
In base ai risultati ottenuti con questi studii, l'O. conchiude che la lisi batterica trasmissibile è in rapporto a fermenti contenuti nel corpo batterico, la cui azione è determinata da agenti diversi i quali agiscono a guisa di una cinasi.

Prof. UGO LOMBROSO. — *Sulla cosidetta insulina e le condizioni della sua azione.* — L'O., ricordate alcune sue ricerche pubblicate nel 1916 dalle quali era stato dimostrato che il liquido di RINGER glucosato circolando in pancreas di cane acquisiva un'attività glicolitica molto intensa (condizionata però dalla presenza di corpuscoli rossi), riferisce nuove esperienze eseguite colla stessa disposizione sperimentale, nelle quali dimostra che l'azione glicolitica si ottiene sia in vitro che in vivo, in animali normali e spancreatizzati. Inoltre l'O., studiando le proprietà enzimatiche del liquido di Ringer dopo la circolazione sul pancreas isolato, giunge a dimostrare la presenza di un'attivissima amilasi e di un attivo enzima proteolitico. L'enzima proteolitico non disturba con la sua presenza lo svolgersi della glicolisi. Ciò è in contraddizione alle affermazioni degli autori americani che considerano necessaria la divisione dell'attività glicolitica dalle attività pancreatiche esterne, e precipuamente dalle proteasi.

Prof. UGO LOMBROSO. — *Sul comportamento degli acidi grassi superiori nel fegato in autolisi asettica.*

Prof. CAMILLO ARTOM. — *Sulle variazioni della colesterina nel fegato in autolisi.* — L'O., studiando le variazioni della colesterina totale nell'autolisi del fegato di cane, addizionato con soluzione di Na Cl in RINGER, conclude che nel fegato in autolisi si svolgono contemporaneamente fenomeni opposti di colesterinogenesi e colesterinolisi, prevalendo volta a volta l'uno o l'altro di questi processi, a seconda delle condizioni in cui si esperimenta (tempo di autolisi, periodo digestivo dell'animale, presenza di acido oleico, squilibrio endocrino).

Dott. S. RACCHIUSA. — *Sul meccanismo della leucocitosi digestiva.* — L'O. espone alcune ricerche personali eseguite su malati di stomaco e precisamente su ipercloridrici, ipocloridrici ed acloridrici.

Previo esame del succo gastrico per la determinazione dell'acidità, eseguiva su ciascun malato prima la prova della leucocitosi digestiva dopo somministrazione di un pasto ricco di proteine e poi la stessa prova dopo somministrazione di una soluzione di acido cloridrico al 4 %.

I risultati sono i seguenti:

1) gli ipercloridrici presentano una leucocitosi anche a digiuno e che aumenta sia dopo il pasto, sia dopo l'acido cloridrico;

2) gli ipocloridrici a digiuno hanno una quantità di leucociti normale, dopo il pasto di proteine presentano una leucocitosi scarsissima, mentre dopo l'acido cloridrico si ha la leucocitosi come nei precedenti;

3) gli acloridrici a digiuno hanno per lo più una leucopenia, dopo il pasto di proteine manca la leucocitosi, mentre si ha leucocitosi costante dopo l'acido cloridrico.

L'O. conclude che la leucocitosi digestiva debba ritenersi originata dalla secrezione cloridrica della mucosa gastrica e non dalla digestione delle proteine.

Dott. S. RACCHIUSA. — *Prime ricerche di ematologia chimica sulle costituzioni.* — L'O., partendo dalla ipotesi del PENDE che nei due tipi costituzionalmente opposti (longilineo, brevilineo) dovesse esistere nel sangue una formola chimica antitetica; ha istituito delle prime ricerche sul comportamento del glucosio, acido urico e colesterina.

Egli ha trovato nei longilinei una quantità di glucosio, acido urico e colesterina inferiore al normale sin'ora stabilito, mentre nei brevilinei delle cifre di gran lunga superiore non solo rispetto ai longilinei, ma ai tipi unici considerati sin'oggi. I soggetti esaminati erano tutti in perfetta salute e scelti fra i tipi maggiormente opposti.

L'O. conclude che, dati i nuovi dati fisiologici ottenuti, si debba in ogni caso tener conto della costituzione sia nel campo della fisiologia che nella patologia.

Dott. O. MUSCOLINO. — *Osservazioni personali sulla cura della tubercolosi col pneumotorace terapeutico alla Forlanini.* — La pratica di 12 anni di cura della tubercolosi pulmonare col pneumotorace alla FORLANINI lo ha condotto alle seguenti conclusioni: 1) alcuni casi di tubercolosi pulmonare guariscono per l'azione del pneumotorace, e la loro guarigione è duratura e definitiva; 2) di tutte le cure da lui provate (sieri e vaccini, autosieroterapia, tubercolinoterapia, antitossine, partigeni, ecc., ecc.), il pneumotorace ha dato i risultati più immediati e più stabili nei pochi casi in cui ha trovato la sua indicazione. In generale se alla 5ª o alla 6ª introduzione di gas, la sintomatologia non si modifica in bene la cura è fallita ed è inutile insistervi oltre; 3) di fronte ad un attacco di eclampsia pleurica o di una reazione comunque grave del paziente durante l'atto operativo, è prudente sospendere la cura; 4) su 150 operati ha potuto seguire l'esito definitivo in 50 casi ottenendo: 9 guarigioni durature e definitive (da tre a 10 anni); 6 guarigioni apparenti; 1 caso letale; 5) comunque il pneumotorace bisogna ritenerlo un ottimo mezzo di cura al quale sarebbe errato non ricorrervi specie quando le cure usuali sono fallite.

Dott. ANTONINO GALLUPPI. — *L'ipertiroidismo nella sintomatologia e nella prognosi dello scompenso cardiaco.* — L'O. accenna che ha iniziato nella provincia di Messina ricerche intese a stabilire l'importanza che le alterazioni funzionali della tiroide hanno nella patogenesi, sintomatologia, decorso e cura della cardiopatia in genere e riferisce sulla influenza dello ipertiroidismo sulla genesi e sul decorso dei vizi valvolari. Pur confermando l'eventualità di sintomi ipertiroidei nei vizi cardiaci per effetto della stasi tiroidea, ammette con Chwostek, com'egli stesso ha potuto osservare all'autopsia di un soggetto, la persistenza contemporanea di uno stato timico-linfatico, al quale si può imputare una disposizione costituzionale della tiroide alla ipersecrezione. Le osservazioni praticate nella Clinica Medica di Messina dimostrano la facilità con cui l'ipertiroidismo conduce le cardiopatie valvolari allo scompenso acuto, con notevole dilatazione delle cavità cardiache e tachicardia aritmica, rendendo vano ogni sforzo terapeutico con i comuni cardiocinetici, specie la Digitale.

L'intervento d'un ipertiroidismo deve quindi sempre interpretarsi quale significato prognostico sfavorevole per lo scompenso cardiaco e la terapia deve avere di mira in tali casi la morbosa funzionalità della tiroide.

Dott. LA TORRE PAOLO. — *La Stomoterapia in quattro casi di noma postmorbillare.*

Dott. G. CICALA. — *Sopra un caso di lipoma della guaina carotidea.* — L'O. riferisce sopra un caso di lipoma primitivo dalla guaina caratoidea di sinistra, facendo rilevare l'importanza di un segno da lui osservato e desunto dalla casistica della letteratura e cioè la frequenza dei tumori benigni per la guaina dei vasi del collo in contrapposto alla rarità di essi per la guaina femorale e rispettivamente la frequenza dei tumori maligni per il collo in confronto ai benigni per la coscia.

G. CAVALIERI (laureando). — *Azione dell'acido cloridrico sul comportamento numerico dei leucociti del sangue capillare, venoso e cardiaco.* — La leucocitosi da acido cloridrico si riscontra sia nel sangue dei capillari, sia in quello prelevato dalle vene e dal cuore. L'O. conclude quindi che detto fenomeno, segnalato dal CIACCIO, è reale ed analogo a quello che si verifica dopo un pasto proteico e conferma così la concezione del detto autore, che cioè la leucocitosi digestiva è legata alla secrezione acida della mucosa gastrica.

S. RACCHIUSA.

R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Seduta ordinaria del 13 maggio 1923.

L. SABBATANI. *Lettere di Leopoldo Caldani a Domenico Alberghetti.* Trattano di una questione scientifica, allora (1769-1772) molto dibattuta, circa la esistenza di acqua nel labirinto dell'orecchio, e della successione al Morgagni nello Studio di Padova, che fu assunta dal Caldani stesso.

J. SACCHETTO e M. SAVINI. (Memoria presentata dal prof. L. SALVIOLI). — *Sul decorso e sulle lesioni istologiche indotte dall'avitominosi e dal digiuno degli uccelli adulti o in via di sviluppo.*

C. FOÀ ed E. PESERICO. (Memoria presentata dal prof. A. STEFANI). — *Le vie del cosidetto riflesso psico-galvanico.*

L'ipertrofia della tonaca vasale in seguito ad una stenosi prodotta sperimentalmente.

L. OSELLADORE. — L'O. ha compiuto delle ricerche analoghe a quelle compiute dal BUSACCHI sull'intestino, allo scopo di stabilire se eventualmente anche nei vasi si istituisce un'ipertrofia nelle vicinanze del punto stenosato artificialmente.

Risultò che in seguito a stenosi parziale dei vasi si istituisce in vicinanza di quella una notevole ipertrofia a cui partecipano tutte e tre le tonache e specialmente la media la quale può raggiungere uno spessore tre o quattro volte il normale. L'O. discute e nega che tale ipertrofia possa dipendere da condizioni statiche e conclude per l'ipotesi di un attività propulsoria dei vasi.

A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Come riconoscere la scarlattina subdola.

Il prof. Achard (*Journal des Praticiens*, numero 5, 1923) in una sua lezione riferisce un caso di mancata diagnosi di scarlattina, il che fu motivo di contagio per un malato della stessa corsia e per la sorvegliante della sala. Da questo fatto trae motivo per ammaestramenti atti ad evitare simili errori nella vita professionale.

Prima della eruzione, l'angina non sarà scambiata per un'angina semplice per la uniformità dell'arrossamento, la bilateralità, e la tinta vinosa caratteristica. Gli essudati faringei vengono solo quando già l'eruzione è manifesta. L'eruzione stessa però può o mancare, o essere fugace o incompleta: come pure può essere franca, stentata e di aspetto vario.

Scomparsa l'eruzione, mancando altri segni che possono far pensare alla scarlattina (otite, albuminuria, artropatie), la desquamazione ne permette la diagnosi retrospettiva: ma anche la desquamazione può acquistare solo in secondo tempo e molto tardi il carattere a larghi lembi, specie alle mani ed ai piedi.

Spesso possono trovarsi il segno di Pastia (aspetto ecchimotico della piega del gomito), di Hecht (insorgenza di una petecchia per pizzicottamento della pelle del torace), o di Leede (segno del laccio).

La capillaroscopia e l'urobilinuria hanno scarso valore. L'eosinofilia che manca nel periodo di stato di quasi tutte le malattie, non è rara nella scarlattina.

Hanno dato risultati fedeli, tranne poche eccezioni, le applicazioni dirette o indirette del fenomeno dell'estinzione di Schultz e Charlton. L'iniezione intradermica di 1/2, o di 1 cc. di siero di individuo sano estingue l'esantema scarlattinoso in capo a 6-12 ore per un tratto variabile per estensione da una moneta da 5 franchi al palmo di una mano. Se il siero iniettato è di uno scarlattinoso o di altra specie animale il fenomeno manca.

La R. W., che fu trovata positiva in gran numero di scarlattinosi, non ha valore specifico. PERSIA.

Cause di errore nella diagnosi del gonococco.

T. Shivers (*Journ. amer. med. Association*, 12 maggio 1923) richiama l'attenzione sulla possibilità di scambiare il *Micrococcus catharralis* per il gonococco, che non può distinguersi nè per la morfologia, nè per la colorazione, essendo anch'esso gram-negativo. Il *Micrococcus catharralis* si trova comunemente nell'espettorato in condizioni infiammatorie dell'apparato respiratorio e talvolta anche in ascessi o sulla mucosa dell'uretra anteriore, dove può produrre una uretrite catarrale che risponde bene alla cura. L'A. riporta un caso di infezione renale, che sarebbe stata considerata di origine gonococcica se non fosse stato fatto uno studio batteriologico completo, non solo con l'esame culturale, ma anche con le reazioni della agglutinazione e della fissazione del complemento.

Il *Micrococcus catharralis* è di solito, ma non sempre, un microorganismo a bassa virulenza; esso può determinare infezioni renali, probabilmente per via ematogena.

fil.

CASISTICA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le reazioni della cistifellea e la colica epatica.

I sintomi che, secondo Moynihan, permettono di fare una diagnosi precoce di colelitiasi anche prima della comparsa delle coliche, si riferiscono specialmente alla digestione e sono: sensazione di pienezza e di peso all'epigastrio, oppressione che si manifesta mezz'ora dopo i pasti, vomiti che fanno cessare questi disturbi, intolleranza per certi cibi, come formaggi fermentati, grassi, uova. Durante tali disturbi, l'ammalato ha un'attitudine curva, con tendenza a flettere la coscia sul bacino, con difficoltà di respirare a fondo, mentre nella respirazione profonda, avverte un dolore sordo sotto il margine costale destro. Ramond ha poi attirato l'attenzione sopra la diminuzione del murmure vescicolare alla base del polmone destro, indicante litiasi biliare frusta, segno di una certa importanza per la diagnosi con i dolori del piloro e del duodeno. È poi nota la diarrea prandiale dei biliari, vera scarica di bile accompagnata da violento bruciore all'ano, come pure la forma gastralgica della litiasi biliare. La reazione vescicolare più tipica è poi la colica epatica, che talvolta può essere limitata al solo dolore senza ittero, nè eliminazione di calcoli con le feci.

Fra i segni che premettono la diagnosi precoce della colica epatica, J. Konings (*Le Scalpel*, 23 giugno 1923) mette in prima linea il dolore spontaneo, che si manifesta spesso bru-

scamente, atroce, con il massimo di intensità alla regione vescicolare e si propaga verso la spalla destra ed alla schiena. I vomiti compaiono quando la crisi è forte o prolungata, dapprima alimentari, poi biliari. Importanti sono poi i punti dolorosi alla pressione, fra cui il punto celiaco ed il cistico, al di sotto della parte media del margine costale destro e nell'angolo formato da questo e dal margine del gran retto. Un altro punto si trova all'estremità della undecima costa di destra. Il punto frenico si trova fra i due capi dello sterno-mastoideo ed ha, secondo Chauffard, importanza notevole per la differenziazione da crisi appendicolari o piloriche. Posteriormente si ha un punto di corrispondenza dell'omoplata destra. Assodati tali fatti, e dopo un esame metodico dell'addome, si ricercherà se la crisi è accompagnata da ittero, se le feci sono scolorate e soprattutto se vi è febbre continua, che può indicare una infezione concomitante delle vie biliari.

fil.

Contributo clinico radiologico allo studio della calcolosi biliare.

B. Pescarolo (*Diario radiologico*, n. 2, marzo-aprile 1923) fa rilevare che, se in un gran numero di casi la diagnosi di calcolosi biliare è molto facile, in qualche caso è straordinariamente difficile sì da non potersi raggiungere con sicurezza se non tentando anche l'esame radiologico.

Di più anche quando essa è facile non è raro che la scelta dell'indirizzo curativo se medico o chirurgico possa essere determinato sicuramente ed in modo precoce solo dall'esame radiologico coordinato coll'esame clinico. È certo che l'esame radiologico, sia in modo diretto colla constatazione dei calcoli, sia più spesso in modo indiretto è di grandissimo aiuto. Purtrppo in questi ultimi tempi l'indagine radiologica nella calcolosi epatica fu, direi, squalificata perchè, essendo la colesterina permeabile ai raggi, quando i calcoli sono di colesterina pura (spesso sono di colesterina e sali di calcio) sfuggono anche alla radiografia.

Ma non si deve ridurre l'esame radiologico alla sola ricerca dei calcoli biliari; l'esame radiologico concomitante del ventricolo e del segmento piloro duodenale bene interpretato può dare al medico la chiave in casi difficilissimi. L'A. conferma le sue deduzioni in base a casistica personale. Se la radiografia può essere di capitale importanza permettendo la constatazione radiografica di calcoli, di non minore importanza è l'indagine radioscopica per la valutazione di certe complicazioni che si possono svolgere nel decorso della calcolosi epatica specialmente dei processi infiammatori adesivi tra vescica biliare, coledoco e tubo digerente, e con esempi personali l'A. conferma le sue affermazioni.

L'A. pertanto in base alla sua esperienza personale conclude:

1) che nella calcolosi epatica la radiologia può essere di grande aiuto sia nella dimostrazione di calcoli, sia per escludere affezioni ulcerative gastro-duodenali, la cui sintomatologia soggettiva può confondersi con quella della colelitiasi, sia perchè dimostra il più frequente l'esistenza di processi infiammatori adesivi tra vescica biliare, piloro e duodeno che permettono una più sicura orientazione diagnostica e curativa;

2) nel campo della colelitiasi come in ogni altro caso clinico quando vi è una chiara indicazione chirurgica è inutile lasciarsi legare le mani da controindicazioni mediche;

3) in casi difficili di malattie epatiche il compito principale del medico pratico è uno solo: cioè il compito di tutta la sua vita di lavoro: esaminare, esaminare, esaminare.

MILANI.

Il "colpo di frusta„ epigastrico nei cirrotici.

F. Deve (rif. in *Archives médic. belges*, giugno 1923) riporta tre osservazioni personali. Nel primo caso, in seguito ad un dolore locale vivo ed improvviso, consecutivo ad un colpo di tosse, era comparsa una tumefazione; si trattava di un etilico di 50 anni, con fegato probabilmente alterato; la lesione simulava una cisti idatidea calcificata od una colecistite da calcoli. L'intervento chirurgico dimostrò la presenza di un ematoma nel grande retto dell'addome. In un altro caso, il dolore iniziale fece pensare al *colpo di pugnale* peritoneale di un'ulcera perforata ed un chirurgo praticò la laparotomia d'urgenza; si trattava invece di un ematoma del gran retto in una cirrosi di Laennec con ascite. Il terzo caso venne diagnosticato in vita e confermato all'autopsia.

L'A. ritiene che in tali casi si tratti della rottura di qualche vena muscolare parietale, diventata più o meno varicosa per la circolazione collaterale vicariante; di fatto, oltre al reticolo venoso, irradiante dall'ombelico che disegna la «testa di medusa», esistono delle flebectasie parietali profonde intramuscolari, fin qui trascurate dai patologi. Si produce un incidente analogo al «colpo di frusta» dei varicosi; nel caso dei cirrotici l'ematoma, imbrigliato dalla guaina e dalle intersezioni aponeu-

rotiche, prende la forma ovoide, simulando un tumore parietale. Dopo un inizio doloroso, l'ematoma diventa indoloro e diminuisce progressivamente di volume in 15-20 giorni. Il trattamento dell'ematoma asettico consiste in applicazioni di compresse calde, che calmano il dolore ed accelerano il riassorbimento della piccola raccolta sanguigna.

fil.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

L'osteo-condrite deformante giovanile.

Froelich (*Paris médical*, 21 luglio 1923) considera come tale le lesioni dell'anca nel periodo di crescenza in cui, durante lo stadio iniziale, si ha frammentazione o scomparsa del nucleo osseo della testa femorale e, nello stadio terminale, delle grandi deformazioni della testa femorale che ricordano la coxa vara essenziale. La lesione si inizia nella tenera infanzia, in modo insidioso ed apiretico, con leggera zoppicatura oppure con crisi acuta di artrite infettiva; tutti i movimenti sono di solito liberi, salvo l'abduzione. Il gran trocantere è un poco spostato in alto e saliente, la gamba è in rotazione esterna, vi è una leggera atrofia della coscia e del polpaccio, mancano gangli all'inguine.

L'affezione può essere indolora, oppure il malato soffre dopo aver camminato a lungo; la durata è piuttosto lunga se si considera il periodo della leggera zoppicatura; il periodo doloroso, acuto dura un anno o più, in qualche caso meno.

Radiograficamente si osserva anzitutto la scomparsa del nucleo osseo, che può farsi in blocco oppure non essere totale ed allora si vedono persistere detriti di nucleo. Sembra che la testa femorale si rammollisca; la parte superiore della testa si appiattisce e l'insieme rassomiglia ad una testa di giraffa o ad un tampone di carrozza ferroviaria; tale aspetto diventa più netto nel periodo di riparazione. La cavità cotiloide rimane integra. Clinicamente si hanno sintomi identici alle altre forme di coxite.

Il trattamento consiste all'inizio nella immobilizzazione della articolazione in buona posizione, cioè in estensione e leggera abduzione. Passato il periodo doloroso, si mantiene l'abduzione mediante gessatura a cui si può aggiungere la trazione elastica; dopo il periodo florido, se la zoppicatura è poco notevole, si può prescrivere il riposo relativo e l'apparecchio solo durante la notte. Se l'affezione è bilaterale, si fa l'abduzione di notte con un apparecchio divaricatore di coscia e di giorno si mette il bambino a cavallo sopra un cavalletto o sopra una sella, che mantenga le coscie divaricate. Si prescriveranno i recalcificanti, mescolati a preparati jodici e non si trascurerà il trattamento poliglandolare che ha dato all'A. buoni risultati.

Quando l'affezione è stata trascurata e si interviene tardivamente, bisogna rompere o sezionare gli adduttori e mettere la gamba in abduzione mediante un apparecchio gessato per qualche settimana. Se poi vi è anchilosi completa, si procederà ad una osteotomia sottotrocanterica.

A. Z.

Mobilizzazione immediata nelle fratture dell'olecrano avvitate.

Olivier (*La Presse méd.*, 21 marzo 1923), basandosi sul concetto sostenuto da molti chirurgi che la mobilitazione precoce dopo sutura ossea nella frattura della rotula dà ottimi risultati ha applicato tale trattamento in un caso di frattura dell'olecrano. Fatto l'avvitamento e suturato per prima ha immobilizzato l'arto per 48 ore con fascia amidata che fu poi sostituita con fascia di garza che permetteva al malato di fare dei piccoli movimenti. All'ottavo giorno l'infermo riprese quasi tutti i movimenti del gomito, al 20° giorno fu perfettamente normale.

L'A. aveva trattato anteriormente fratture dell'olecrano con immobilizzazione dopo cerchiaggio o avvitamento, ed aveva osservato che occorrevano da 30 a 40 giorni perchè la funzione ritornasse completa.

DOMINICI.

TERAPIA.

La cura radicale dell'unghia incarnita.

D. Taddei (*Riforma medica*, 8 gennaio 1923), facendo notare che questa piccola operazione è assai dolorosa, consiglia di ricorrere o alla iniezione di soluzione antisettica circonferenziale od all'anestesia generale che egli pratica col così detto blocco psichico. Il chirurgo si pone di fronte alla pianta del piede; praticato il taglio del margine libero dell'unghia, la pulizia con benzina e la pennellazione di tutto l'avampiede con alcool jodato al 7 %, si isola l'avampiede con un telino o con compresse sterili e si stringe alla base del dito un laccio elastico (una comune sonda Nélaton) che si fissa. A questo momento l'A. applica sul viso del malato la comune maschera Julliard od una compressa rivestita di carta impermeabile, in cui si versano preventivamente 50 g. di etere da anestesia.

Preso il dito tra il pollice e l'indice della mano sinistra, lo si flette plantarmente, si introduce bruscamente a piatto sotto la parte di mezzo dell'unghia, fra questa ed il letto ungueale, una delle lame della forbice retta, fino a sorpassare di alcuni millimetri la parte visibile dell'unghia; quindi si rivolge la lama in alto e si divide, con un colpo netto, in due metà l'unghia e la plica sopraungueale. Con la pinza di Kocher, si afferrano longitudinalmente prima l'uno, poi l'altro margine della incisione e con movimento di rotazione verso l'esterno, si estirpano le due metà. In seguito col bisturì, si pratica una triplice incisione, che forma nell'insieme una figura ad U, con le branche laterali longitudinali a 2-3 mm. dal margine ungueale al di fuori del tratto ulcerato; esse incominciano all'estremo del dito e, con direzione obliqua fin contro la falange, si portano fino a 6-7 mm. al di là del margine sopraungueale; l'incisione trasversale le riunisce alla base. All'interno di queste incisioni e parallelamente ad esse, se ne praticano altre tre, di cui le due laterali decorrono sul letto ungueale in vicinanza del margine, badando che dal lato ulcerato e fungoso questo venga compreso; il tratto trasversale decorre 1-2 mm. distalmente al margine della plica sopraungueale. Tali incisioni debbono avere direzione obliqua ed essere profonde fino all'osso.

Allora la mano sinistra, che fin qui reggeva il dito, prende una pinzetta a denti di topo e, sollevando il tratto compreso dalle dette incisioni, ne aiuta l'escissione cuneiforme che il bisturì compie andando profondamente fino a sentire la resistenza diretta della falange ossea sottostante. Si fa togliere la maschera, si fascia il dito con una compressa, si toglie il laccio emostatico e si completa la fasciatura, applicando una falda di cotone sul dito e sull'avampiede, avvolgendo la fascia a cifra 8 attorno al collo del piede. È bene che il paziente tenga il letto o la poltrona per alcuni giorni; la prima medicatura si fa dopo 4-5 giorni; altre 2-3 sono sufficienti e si faranno quando la medicatura è sudicia o si ha cattivo odore. Tutta l'operazione dura poco più di un minuto e può quindi compiersi con l'anestesia consigliata dall'A.; un operatore lento o non molto pratico sceglierà l'anestesia circonferenziale. In 14 giorni circa si ha la guarigione.

fil.

La sostituzione dell'acqua ossigenata.

L'acqua ossigenata è tanto più acida e caustica per quanto più ricca di ossigeno; tale causticità può essere dannosa per i tessuti, viene quindi consigliato di sostituire l'acqua ossigenata con li perborato di sodio, che fornisce una soluzione di ossigeno allo stato nascente ed alcalina per la formazione di metaborato di scodio. In dosi di 5-10 grammi per litro di acqua si ottiene una soluzione, che ha anche il vantaggio di essere isotonica, molto consigliabile specialmente nelle leucorree e nelle metriti; con l'aggiunta di mentolo in proporzione di 0,7 ‰ la soluzione è anche deodorante ed analgesica.

(*Le Scalpel*, 5 maggio 1923).

fil.

Per rendere gradevole l'olio di ricino.

Wood consiglia di mescolare 5-10 grammi di olio di ricino con glicerina pura e sciroppo di orzata ana g. 10, aggiungere 5 g. di acqua di fiori d'arancio e 20 g. di acqua; agitare vivamente prima di prendere; per dare una dose purgativa, aumentare la dose dell'olio e quella della glicerina.

Nell'accesso gottoso.

Come calmanti esterni vengono consigliati i seguenti: Applicazioni locali tiepide da rinnovarsi 3-4 volte al giorno di: Estratto di belladonna, Laudano, Confora ana g. 4; Olio di giusquiamo g. 150; oppure: Estratto di giusquiamo, Estratto di belladonna ana cg. 50; Laudano g. 5; Balsamo tranquillo g. 20. Oppure versare sull'articolazione 1-2 cucchiaini di una miscela di Salicilato di metile, Laudano, Balsamo tranquillo a parti uguali, poi coprire con cotone e con un tessuto impermeabile e fissare il tutto con una fasciatura molle.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Agli abbonati 8588 (2) e 6051 (4):

Consultare *Hygiène navale,* nel « Traité d'hygiène » edito dal Baillière di Parigi. Vi sono poi altri trattati più recenti in inglese, fra cui: S. C. PRYOR: *Naval Hygiene.* Blakiston. Prezzo 4 dollari, ed. Filadelfia.

fil.

All'abbonato 3448:

Si pubblica sempre l'annunzio di tutti i corsi speciali di insegnamento, dei quali perviene notizia. Per ora nessun avviso ci è pervenuto su corsi di Radiologia e cure fredde.

fil.

Al dott. G. De Sanctis da C. R.;

Consulti: MUZIO: *Le malattie dei paesi caldi.* Hoepli, Milano. In lingua inglese vi è l'ottimo trattato di Castellani e Chalmers: uno recentissimo è quello di R. G. ARCHIBALD: *The pratice of medicine in the tropics,* in 3 volumi. Frowde ed., Londra, 1923. *fil.*

Apparecchio Riva-Rocci. — Al dott. S. S.:

Evidentemente il suo apparecchio in qualche parte deve perdere, se non è possibile raggiungere le pressioni elevate. *t. p.*

VARIA

La psicopatologia della fame.

I giornali politici hanno narrato numerose scene raccapriccianti della fame russa; ora esse ci vengono confermate da nomi autorevoli quali Rosenstein e Frank. Il primo ha rilevato l'aumento di forme psicopatiche da esaurimento, di suicidi e di delitti sotto la spinta della terribile carestia del 1921-1922; sopra due milioni e mezzo di affamati nel distretto di Samara, 300,000 ne morirono per fame; vennero ivi registrati 180 casi di necrofagia e 20 di antropofagia; cifre minori si ebbero per gli altri distretti. I casi di necrofagia si osservarono in individui deficienti, stupidi, specialmente in donne e fanciulli, ovvero come esteriorizzazioni istintive dell'« emozione » della fame o suggerite. L'antropofagia comparve solo in psicopatici gravi; in un caso si trattava di un uomo che ne aveva mangiati sedici, dopo avere incominciato con la moglie, da lui stesso uccisa; venne fatta diagnosi di impulsioni morbose! Un'altra osservazione si riferisce ad una vecchia, che aveva ucciso in un accesso d'ira una nipote, che poi incominciò a mangiare, senza però finirla; anche in tal caso si fece diagnosi di follia impulsiva con involuzione senile. In generale vennero mangiati specialmente gli organi interni.

Secondo quanto riferisce l'*Archivio di antropologia criminale* sono da distinguere in tali casi tre momenti, cioè l'uccisione, un primo tentativo di mangiare carne umana e la reazione a tale tentativo. Il primo momento è in rapporto soprattutto con l'aumento generale di criminalità, il secondo con una perversione dell'istinto di nutrizione durante la fame per cui vengono consumati surrogati, carne di cane, cuoio, cadaveri di animali, pelle, ecc. Sarebbe anche da ravvisarsi un elemento primitivo, atavistico, distinguendo appunto fra gli oligofrenici i « primitivi » dagli « arresti di sviluppo » propriamente detti.

Nell'Ucraina il Frank osservò dapprima aumento di eccitabilità, poi depressione, deviazione morale e, negli strati inferiori del popolo, cannibalismo ed infanticidio per parte di donne.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BRUGI ANTONIO. *La reazione di De Silvestri quale mezzo diagnostico per la febbre tifoide.* — Torino, Stab. Tip. della S. A. T., 1922.

BRUZZONE CARLO. *Sifiloma iniziale tonsillare a forma difteroide.* — Torino, Silvestrelli & Cappelletto, 1922.

ID. *Linfomi cervicali profondi e sindrome del foro lacero-posteriore.* — Napoli, E. M. Muca, 1922.

ID. *Un caso di melanosarcoma della mucosa nasale.* — Genova, Stab. Artisti Tipografi, 1922.

ID. *Pio-setticemie otogene.* — Torino, Unione Tip. Ed. Torinese, 1922.

ID. *La terapia delle sinusiti mascellari croniche col metodo Rheti-Gavello.* — Galatina, Tip. Vergine, 1922.

ID. *Quattro casi di tumori benigni delle tonsille palatine.* — Firehze, L. Niccolai, 1921.

ID. *Sulla piemia otogena diretta.* — Torino, Unione Tip. Ed. Torinese, 1920.

ID. *Actinomicosi primitiva della regione temporo-mastoidea.* (Atti 18° Congresso Soc. Ital. Laringologia, oto-rinologia), 1922.

ID. *Due casi rari di cisti dermoidi della fronte e del naso.* Id., id., 1922.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Contributo clinico allo studio della tubercolosi tonsillare.* — Roma, Stab. Poligr. Amm.ne Guerra, 1923.

ID. *Dante e i medici.* — Roma, Casa Ed. « Leonardo da Vinci », 1923.

BILANCIONI GUGLIELMO e TARANTELLI EUGENIO. *Laringe e simpatico.* Nota preliminare sull'innervazione simpatica della laringe. — Biella, Tip. Magliola & C., 1922.

BUFFA FRANCESCO. *Salute e Malattia nella medicina naturale.* — Genova, Libr. Carpaneto, 1923.

CROCCO EMILIO. *L'importanza in terapia dei sali alcalini per via ipodermica.* — Milano, Off. Grafica « La Bodoniana », 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

LII. — Considerazioni intorno alle iscrizioni e cancellazioni dagli Albi degli Ordini.

Il caso si presenta così: un sanitario risiede ed esercita permanentemente la professione in una Provincia ed è iscritto nell'albo di *altra* Provincia.

Prima questione: è legittima siffatta situazione?

Risulta chiaramente dallo spirito, dalla economia e dai fini della legge che il sanitario deve essere iscritto nell'albo della Provincia nella quale egli risiede ed esercita la professione. Sarebbe assurdo che così non fosse, che cioè il Consiglio dell'Ordine di Venezia, per es., dovesse esercitare il suo potere in confronto dell'attività esplicata da un sanitario residente in Trapani.

Per altro, l'art. 1 del regolamento dice esplicitamente che ogni Provincia ha un albo permanente nel quale sono iscritti i professionisti dell'Ordine rispettivo *residenti nella Provincia;* e l'art. 10 soggiunge che coloro i quali per ragioni di professione o di ufficio dimorano per una parte notevole dell'anno in provincie diverse, possono chiedere di essere inscritti nell'albo di una qualsiasi di tali provincie: dunque, la eccezione, cioè la scelta dell'albo, è ammessa soltanto nel caso in cui si risieda per una *parte notevole* dell'anno in provincie diverse; e la eccezione riafferma il principio generale.

Posto ciò sono persuaso che la prima questione si possa risolvere nettamente nel senso della illegittimità della situazione del medico che esercita la professione risiedendo stabilmente (o con eccezioni di assenze più o meno brevi, ma non notevoli) in altra provincia.

Seconda questione: come si può provvedere a ristabilire una situazione conforme al diritto?

Anzitutto, è da osservare che nel caso sopra indicato l'esercizio professionale non può essere considerato abusivo nel senso e ad effetti penali, perchè il sanitario è iscritto in un albo e sinchè la iscrizione non è cancellata egli ha titolo e diritto di esercitare nel Regno (art. 3 della legge).

Nè credo che si possa ammettere in questo caso una decadenza di *diritto* dalla iscrizione, operativa di effetti senza che un atto la dichiari sulla base dell'accertamento del fatto che giustifica la cancellazione.

D'altro canto, l'Ordine della provincia nella quale l'attività professionale è esercitata non ha poteri in confronto del sanitario non iscritto, perchè le attribuzioni dell'Ordine possono e devono essere esercitate in confronto dei sanitari iscritti nei rispettivi albi (art. 35 del regolamento), e non si può provvedere ad inscrizione di ufficio (art. 3 del reg.).

Posto ciò è evidente che l'azione deve essere diretta contro la iscrizione. Ed è qui che vedo una lacuna nella legge sugli Ordini.

La ipotesi è che il sanitario non chieda il trasferimento: se così non fosse, non sorgerebbe la questione.

Nè la legge nè il regolamento prevedono il trasferimento di *ufficio.*

Quindi si deve pensare soltanto alla cancellazione della iscrizione abusiva. L'art. 5 del regolamento stabilisce i casi nei quali si può procedere alla cancellazione d'ufficio o su richiesta del P. M. o del Prefetto; ma fra questi casi non è quello del cambiamento di residenza. Però, per lo spirito della legge e per le combinate disposizioni degli art. 1, 3, 8 di essa e degli art. 1, 4, 10 e seg. del regolamento e specialmente per la condizione fondamentale richiesta agli effetti della iscrizione nell'albo, che cioè si eserciti nella provincia, sono persuaso che, quando questa condizione non sussista più, venga meno il presupposto necessario della iscrizione stessa, la quale non può conservare una esistenza formale, in contrasto con la realtà e con i fini della legge, per la negligenza o la volontà del sanitario contraria all'ordinamento giuridico dell'esercizio professionale.

Dunque, senza che occorra una espressa ed esplicita previsione formale — come nei casi dell'art. 5 — è nel sistema della legge che la iscrizione debba essere cancellata d'ufficio o su richiesta del P. M. o del Prefetto quando ne sia venuta meno la *causa,* cioè la condizione fondamentale che la legittimava.

Quid juris se, non solo il medico non chieda il trasferimento, ma l'Ordine non provveda alla cancellazione d'ufficio.

In tal caso, non vedo la possibilità giuridica di un ricorso al Consiglio Superiore di Sanità. Credo, invece, che possa e debba intervenire il potere esecutivo, e, in concreto, il Ministero dell'Interno, supremo tutore della Sanità pubblica (art. 1 della legge 1° agosto 1907), il quale esercita anche potere di vigi-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

lanza giuridica su tutti gli atti che alla funzione sanitaria si riferiscono ed ha normali e generali attribuzioni sull'attività degli Enti morali.

LIII. — Effetti del giudizio penale sul procedimento disciplinare.

Il procedimento disciplinare è indipendente dal giudizio penale ed ha una finalità propria. Nel giudizio penale si tratta di reati, non di colpe nel senso amministrativo e disciplinare. Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 23 febbraio 1923, n. 132.

È necessario soggiungere, però, che la sentenza penale irrevocabile, qualora escluda che il fatto sia stato commesso o l'imputato vi abbia preso parte, sia stato *erga omnes* e anche in sede amminisfrativa. Sicchè non si potrebbe procedere disciplinarmente per un fatto che, dal giudizio penale, risulti non essere stato commesso.

LIV. — Licenziamento per fine del periodo di prova; motivazione illegittima.

A norma dell'art. 31 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, il medico chirurgo condotto acquista diritto alla stabilità dell'ufficio (e alla irriducibilità dello stipendio) dopo due anni di prova nello stesso Comune. L'amministrazione comunale può licenziare per la fine del periodo biennale di prova (art. 32) e, per l'esercizio di questa facoltà, non è obbligata a motivare il relativo provvedimento.

Ma se una motivazione del licenziamento sia addotta, la medesima deve essere legittima e ne è ammesso il sindacato in sede giurisdizionale. È illegittimo il motivo esplicitamente (o implicitamente) risultante dalla deliberazione, qualora consista nel fine di impedire l'acquisto della stabilità.

Sembra perfino inverosimile che, dopo tanti giudicati in tal senso, vi siano ancora Comuni che deliberano il licenziamento per un motivo così manifestamente illegittimo. E pure i casi si ripetono non infrequentemente; la IV Sezione ha dovuto applicare recentemente lo stesso principio con decisione 3 marzo 1923, n. 178.

È da avvertire però che, sebbene la norma sia chiara e precisa, in linea di massima, si presentano spesso casi meno evidenti, in cui il fine di impedire la stabilità o non è aridamente e ingenuamente espresso o è equivoco e connesso a considerazioni d'ordine amministrativo o inerenti ad esigenze del servizio sanitario. Così, per es., è stato stabilito che è legittimo il licenziamento per fine del periodo di prova motivato dalla necessità di provvedere a riforme organiche e, quindi, di consentire libertà di riordinamento al Comune. Talvolta anzi si è ecceduto su questa via, sino ad ammettere che basti prospettare e prevedere la riforma; ma, in realtà, questi eccessi sono rimasti isolati. La giurisprudenza più corretta ammette la legittimità del licenziamento per fine del periodo di prova, motivato da esigenze d'ordine amministrativo, quando però si tratti di una riforma in *atto* e non soltanto eventuale, la quale renda *necessaria* la risoluzione del rapporto di impiego, legittimamente costituito con specifica destinazione alla stabilità.

Questi limiti sono essenziali e devono essere rigorosamente osservati: se così non fosse verrebbe meno ogni seria garanzia di legalità intrinseca.

A rigore, il licenziamento per fine del periodo di prova dovrebbe essere deliberato unicamente per motivi inerenti all'esperimento pratico del medico condotto: la legittimità della risoluzione del rapporto, per motivi di ordine amministrativo, con le forme proprie del licenziamento per fine del periodo di prova, è già una deviazione o almeno applicazione estensiva di un istituto giuridico fuori dei limiti rigorosi che lo circoscrivono; ma sarebbe una vera deformazione della norma legislativa e un'alterazione dei fini della legge ammettere la legittimità del licenziamento deliberato per assicurare al Comune libertà di azione in vista di una riforma eventuale, la quale può non essere poi attuata, può anzi consistere in un semplice pretesto e, in ogni caso, non è utilmente controllabile per stabilire se sia tale da rendere *necessario* il licenziamento: questo elemento è, invece, essenziale, perchè può giustificare la risoluzione del rapporto di impiego non una riforma qualsiasi, ma soltanto un riordinamento che nella situazione giuridica stabile del medico troverebbe un ostacolo giuridico assoluto o un impedimento alla piena attuazione in conformità delle mutate esigenze del servizio pubblico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi della rabbia.

La Direzione Generale di Sanità Pubblica il 17 agosto ha emanato ai Prefetti del Regno la seguente circolare (N. 24400):

« Con circolare in data 10 settembre scorso anno, N. 24320/22, questo Ministero richiamava l'attenzione delle SS. LL. sulla necessità di adottare rigorosi provvedimenti di polizia veterinaria in vista delle frequenti denunzie di rabbia canina e, fra l'altro, raccomandava di disporre perchè le Autorità comunali provvedessero ad intensificare il servizio per l'accalappiamento dei cani randagi, dovendosi considerare questo provvedimento come fondamentale per una efficace profilassi della rabbia.

Ora, se da questa azione sanitaria intensificata si sono conseguiti, in molti luoghi, risultati pienamente soddisfacenti, in altri, specialmente per particolari difficoltà di carattere ambientale, i risultati ottenuti sono stati meno evidenti.

E poichè il successo della lotta sanitaria, data la particolare natura della malattia ed il modo di conservazione e di diffusione del relativo contagio, dipende da un'azione di carattere generale, occorre che specialmente il servizio di accalappiamento dei cani randagi sia fatto ovunque in modo razionale ed efficace.

A tale scopo sarà opportuno insistere presso le Autorità comunali perchè detto servizio venga esteso a tutti i Comuni della provincia e per di più che esso sia eseguito nelle ore notturne, quando cioè i cani sogliono raggrupparsi nei luoghi abitati, in cerca di cibo tra i rifiuti.

Il Ministero non dubita che, in considerazione dell'alta finalità sanitaria, le Autorità comunali non mancheranno di provvedere al più presto ad uniformarsi a tali disposizioni e che da parte delle SS. LL. sarà esplicato il più vivo interessamento perchè le disposizioni stesse siano ovunque rigorosamente osservate ». *Pel ministro:* A. FINZI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNO DI ROMAGNA. — Sono sospesi i concorsi già annunciati nel fasc. 37.

BOLOGNETTA (*Palermo*). — L. 5000 con cinque aum. quinquen. del decimo; indennità persona 1500; uff. san. 500; metà proventi armadio farmaceutico. Scad. 22 settembre.

CASALMORANO (*Cremona*). — Medico condotto. Stipendio base L. 6500; cura poveri L. 2000; uff. san. L. 500; trasporto L. 300; c.-v.; aumenti periodici dello stipendio base fino al 50 %. Scad. 30 settemb.

DONIGALA FENUGHEDDA (*Cagliari*). — L. 6000 lorde; scad. 30 sett.

FAENZA. — Ufficiale sanitario. Stip. L. 10,000, più due indenn. c.-v., salvo modifiche per revisione organici. Divieto di esercitare la medicina pratica. Esami presso l'Università di Bologna. Documenti di rito. Chiusura del concorso al 30 settembre 1923. Le domande corredate dai documenti dovranno rimettersi alla Prefettura di Ravenna.

FROSINONE. — Due condotte residenziali. Stipendio 7000 lorde, con quattro aumenti sessennali di un decimo. Assegno di L. 600 per quello che sarà nominato uff. san. Certificati di rito. Scadenza 30 settembre.

GERACI SICULO. — Concorso a due posti di medico condotto. Stipendio L. 6000. Scad. 20 sett.

RAMACCA (*Catania*). — Condotta residenziale per la frazione Giardinelli. Stipendio 5000 lorde, oltre a 1500 lorde per la cavalcatura, cinque aumenti quinquennali del decimo; indennità caro viveri non assicurata. Certificati di rito oltre a quello dei carichi pendenti; quelli temporanei di data non anteriore a 3 mesi. Età massima 45 (50 se si tratta di medici già in servizio). Nomina per un biennio; assunzione del servizio entro 15 giorni. Scadenza 21 settembre.

ROANA (*Vicenza*). — Seconda condotta residenziale, con 2785 abitanti agglomerati; 338 sparsi. Stip. 6000; per i primi 1000 poveri, L. 1000; per ogni 100 in più L. 200. Indennità trasporto 3600; caro-viveri; alloggio gratuito. Età massima 45 salvo per quelli già in servizio di condotta. Documenti di rito compresa l'iscrizione all'Albo. Assunzione servizio entro tre mesi. Scadenza 30 settembre.

SORA (*Caserta*). — Condotta residenziale in frazione Carnello. L. 6000 con aumenti di un decimo per ogni quinquennio; cavalcatura L. 1800; c.-v. Scadenza 30 settembre.

TONCO (*Alessandria*). — L. 400, trasp. L. 500, U. S. L. 500, c.-v., quinquenni. Scad. 30 settembre.

TRIVENTO (*Campobasso*). — Medico condotto per i poveri. L. *tremila* (!) lorde, con quattro quinquenni del decimo. Documenti di rito compresa iscrizione nell'albo. Accettazione entro otto giorni dalla partecipazione di nomina, assunzione del servizio entro 20 giorni. Scadenza 8 ottobre.

TUORO SUL TRASIMENO (*Perugia*). — Condotta residenziale con preferenza per i provvisti di titoli di chirurgia ed ostetricia; L. 6000 annue per i primi 1500 poveri, oltre a 2 lire per ogni povero in più; quattro quinquenni del decimo se il numero degli abbienti è inferiore a 300, indenn. di L. 1000. Per U. S., 500; cavalcatura 2000; per servizio chirurgico all'ospedale, quando incomincierà a funzionare, L. 700; caro-viveri. Popolazione 4046 di cui 2898 sparsi, con sei frazioni; superficie ettari 3553. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla nomina. Scadenza 30 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Valagussa è stato insignito della Commenda della Legion d'Onore Francese. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Per una migliore distribuzione del chinino di Stato nelle zone malariche.

L'on. Fontana ha presentato alla Presidenza della Camera una interrogazione, che propone di: 1) sostituire nelle tassazioni per il chinino, il criterio dell'imponibile, anzichè quello vigente della estensione della proprietà; 2) sottoporre a revisione le zone malariche; 3) caricare la spesa del chinino ai Comuni, anzichè ai privati; 4) affidare la distribuzione del chinino ai proprietari delle zone malariche.

VI Congresso della Associazione tra i Medici dei Manicomi pubblici Italiani.

Si terrà dall'11 al 14 del prossimo mese di ottobre a Siena. L'ordine del giorno è il seguente:

1) Nomina dell'Ufficio di Presidenza del Congresso. 2) Relazione Morale dell'Associazione (dott. Baroncini). 3) Relazione finanziaria (dott. Pio). 4) Progetto di Legge sui Manicomi presentato al Governo dalla Commissione Ministeriale (dott. Baroncini). 5) Modificazioni al Regolamento dell'Associazione (dott. Pio). 6) Comunicazioni varie. 7) Nomina del Consiglio Direttivo. 8) Compilazione dell'ordine del giorno e designazione della sede del Congresso successivo.

Con successiva circolare saranno date tutte le indicazioni necessarie circa l'ordine dei lavori, il luogo di riunione, il programma dei festeggiamenti, i ribassi ferroviari, gli alberghi, ecc.

XIV Congresso della Società italiana di Ortopedia.

Si terrà in Roma il 23 ottobre 1923, cioè il giorno precedente il Congresso di Chirurgia

Saranno posti in discussione i temi «Sul trattamento delle lussazioni dell'anca inveterate ed irriducibili» (relatore prof. Gazzotti) e «Sul reumatismo articolare dell'infanzia» (relatore prof. Cattaneo).

Coloro che desiderano fare comunicazioni debbono inviare il titolo al segretario della Società prof. Gazzotti (Clinica ortopedica, Policlinico, Roma), non oltre il primo di ottobre.

Contemporaneamente vi sarà una esposizione di ferri chirurgici ed apparecchi ortopedici alla quale inscrivendosi ed inviando una tassa di lire 50 potranno partecipare anche i non soci ed i dirigenti officine di protesi.

La tassa di iscrizione obbligatoria anche per gli espositori soci della Società deve essere inviata alla Segreteria non oltre il 15 ottobre. Saranno concessi ribassi ferroviari colle stesse modalità del Congresso di chirurgia (invio di lire 20 per ciascun membro della famiglia che accompagna un socio).

L'Istituto Elioterapico Codivilla.

L'Amministrazione dell'Istituto ortopedico Rizzoli in Bologna rende noto che l'Istituto Elioterapico Codivilla per la cura della tubercolosi osteoarticolare in Cortina d'Ampezzo comincierà a funzionare dal giorno 23 settembre corrente, restando aperto per tutto l'anno.

Ogni informazione riguardante l'accettazione dei malati, tariffe, ecc., dovrà essere rivolta alla Direzione dell'Istituto ortopedico Rizzoli in Bologna.

Per la lotta contro il cancro.

Dietro invito della Presidenza della Società Medico-Chirurgico della Romagna, sabato 1° settembre convennero nella biblioteca dell'Ospedale di Faenza molti Primari dei principali centri di Romagna e molti medici della regione stessa.

Scopo del convegno fu quello di gettare le basi di un prossimo anzi immediato lavoro sullo studio del cancro, la terribile malattia che più della tubercolosi miete in mezzo a noi vittime quotidiane.

Era presente all'adunanza il prof. Sambon epidemiologo della British Empire Cancer C., il quale, mandato espressamente in Italia dal suo Comitato inglese per ricerche epidemiologiche sul cancro, era venuto nella nostra regione perchè gli era stata indicata come quella più battuta da questa malattia.

Preceduto da un telegramma del Direttore della Sanità Pubblica del Regno aveva preso contatto coi prefetti, coi medici provinciali ufficiali sanitari e medici della regione.

Dalla sua visita e da numerosi sopraluoghi fatti, essendosi convinto che realmente la nostra regione è più d'ogni altra colpita dal cancro e quindi si prestava allo studio epidemiologico della malattia, il prof. Sambon fu ben lieto che qui sorgesse un Comitato sull'esempio di quello inglese per la lotta contro il cancro.

I convenuti all'adunanza furono unanimi nel riconoscere la necessità di mettersi al lavoro con nuovi criteri e perchè le energie non vadano disperse e il tempo perduto, questo lavoro sia fatto concordemente sulle stesse direttive e basi di quello delle altre nazioni.

Fu votato un ordine del giorno col quale la Società Medico-Chirurgica della Romagna facendosi promotrice di un'attiva campagna contro il cancro nominava un Comitato Romagnolo per la Lotta contro il Cancro la cui Presidenza risultò formata di Testi, Galli, Ghetti.

E poichè questo Comitato dovrà svolgere un'opera poderosa e non facile fu espresso dai presenti il voto che esso, sull'esempio di altre nazioni, chiami a collaborare non solo i medici ma anche qualunque persona che per buona volontà e filantropia sia disposta a facilitare gli scopi di questa benefica istituzione.

XX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Avrà luogo nei giorni 20, 21, 22 dicembre del corrente anno.

All'ordine del giorno saranno iscritti i seguenti temi generali:

I. Stato attuale della questione degli Herpes (relatore: Mariani);

II. I vari preparati di bismuto nella terapia della sifilide (relatore: Truffi).

I soci, i quali desiderano presentare comunicazioni, sono pregati d'inviarne il titolo al Segre-

tario della Società dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69, Roma (20), non più tardi del 10 novembre p. v.

I manoscritti dovranno essere consegnati al Segretario prima della comunicazione: inoltre la Presidenza fa viva preghiera perchè i manoscritti stessi, salvo le indispensabili documentazioni ed esplicazioni, non superino notevolmente le proporzioni della comunicazione. Ciò perchè gli atti corrispondano effettivamente a quello che è stato comunicato e non aggravino di una spesa troppo forte la Società e gli autori.

I soci i quali vorranno usufruire dei ribassi ferroviari, se questi saranno concessi, dovranno far tenere la richiesta dei documenti relativi al segretario dell Società non più tardi del 10 novembre p. v.

Con altra circolare sarà fatto noto il programma della riunione. *Il Presidente*: RADAELI.

Il II Centenario della morte di Anton Maria Valsalva.

Sarà celebrato in Imola il 23 settembre.

A commemorare con un discorso il Valsalva, nobilissima figura di scienziato, che la dottrina anatomica e patologica di Marcello Malpighi trasmise accresciuta a Giovan Battista Morgagni, è stato invitato il prof. Guglielmo Bilancioni, della Regia Università di Roma, il quale, assiduo cultore qual'è della storia della medicina, si è amorosamente applicato allo studio della vita e delle opere dell'Imolese, pubblicando i risultati dei suoi magistrali lavori.

La memoria del grande Anatomico sarà perpetuata da una iscrizione, adorna di effigie, murata nell'interno dell'Ospedale Civile.

Il Comitato rivolge preghiera di intervenire o di mandare l'adesione.

Per il venticinquennio di laurea.

I medici laureati nel 1898 nella Università di Bologna, che intendessero riunirsi per festeggiare il venticinquennio di laurea sono pregati di inviare la loro adesione al dott. Leonardo Cantelli, Bologna, via Irnerio, 27. La riunione avrà luogo il 30 settembre.

Il centenario della Società Medica di Bologna.

Quest'anno si compie il centenario della fondazione di questo Sodalizio che fra i soci vantò: Raseri, Tommasini, Puccinotti, Brera, Bufalini, Rizzoli, Versari, Crescimbeni, Taruffi, Selmi, Calori, Codivilla.

Un Comitato ordinatore prepara la celebrazione del centenario: esso è presieduto dal prof. Domenico Majocchi direttore della Clinica Dermosifilopatica.

Risultato del Concorso al premio Riberi.

Nel concorso al «Premio Riberi» indetto con Circolare n. 347 del *Giornale militare* 1921 sul tema «Insegnamenti della recente guerra sul trattamento delle ferite osteo-articolari in primo tempo (profilassi contro le infezioni)» ed in secondo tempo «Organizzazione del servizio di ospedalizzazione e di sgombero di tali feriti», la Commissione esaminatrice ha riconosciuto ad unanimità meritevole di premio la memoria presentata dal Colonnello medico in P. A. Salinari prof. Salvatore.

È morto a Firenze, il prof. LORENZO BORRI, Direttore dell'Istituto di medicina legale. Dell'illustre infortunista, scomparso nel pieno vigore della sua attività, daremo in seguito più ampia notizia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 24 settembre 1923 — Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA,
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Reazioni cutanee nell'infezione da micrococco melitense. (1)

Dott. ENRICO TRENTI, assistente.

Lo studio dell'infezione melitense nel suo elemento eziologico e nei fenomeni immunitari in essa svolgentisi, mentre ha portato notevole luce per una più esatta comprensione del quadro clinico, della epidemiologia e della profilassi di questa malattia, ha pure contemporaneamente permesso di avere mezzi atti ad assicurarne precocemente la diagnosi. Il che non è senza importanza notevole poichè il particolare insorgere dell'infezione ed il suo decorso nel primo periodo, quando ancora non è stato possibile osservare l'andamento caratteristico della febbre, e la comparsa degli altri sintomi predominanti (dolori articolari, nevralgie, epato-splenomegalia, anemia) possono rendere difficile la diagnosi e permettere di formulare un giudizio errato con danno notevole dell'ammalato. Onde riconosciute da tutti le difficoltà diagnostiche che talora si presentano e la utilità di giungere il più presto possibile da una diagnosi di presunzione ad una diagnosi di certezza, è naturale che sia doveroso ricorrere a quei mezzi che possono ciò permettere senza attendere che dal successivo sviluppo completo del quadro clinico possano sorgere quegli elementi che valgono anche da soli ad assicurare il giudizio diagnostico. È noto come all'inizio non sempre sia agevole, specie se manca il dato epidemiologico, differenziare la febbre di Malta da una sepsi streptococcica o stafilococcica, da una infezione tifosa o paratifosa, dalla tubercolosi, e si comprende quindi come questa difficoltà influisca notevolmente e sulla cura, e sulla prognosi.

Se l'infezione melitense fu già descritta da

(1) Soltanto durante la correzione delle bozze ho avuto cognizione del lavoro di Montegnani pubblicato sulla *Rivista Critica di Clinica Medica* (1923, n. 10 e seg.) circa « L'intradermoreazione nel tifo, paratifo A e B e nella febbre melitense con i filtrati di cultura » e pertanto non mi è stato possibile citarne le conclusioni nel presente lavoro.

Marston nel 1863, da Giulia nel 1871, da Rummo e Tomaselli nel 1879, prima ancora che venisse identificato e descritto l'elemento eziologico di essa, è certo che soltanto dopo la scoperta compiuta da Bruce nel 1887 del micrococco melitense, confermata poi da Gips e Hughes nel 1897, tale malattia venne completamente studiata nel suo quadro clinico, e particolarmente nelle vie e mezzi di contagio. E contemporaneamente il reperto del germe specifico nel sangue suggeriva un mezzo di laboratorio sicuro per accertare la diagnosi di infezione melitense ogni qual volta essa fosse sospettata: l'*emocoltura.*

E infatti questa ricerca costituisce quella che offre la maggiore sicurezza di risultati, ma non è priva di alcuni inconvenienti che ne rendono l'uso non sempre ed ovunque applicabile. Anzitutto, affinchè l'emocoltura possa essere praticata, occorre la vicinanza di un laboratorio adatto a ricerche di bacteriologia o quando anche sia possibile eseguirla, non sempre il risultato è rapido, chè anzi talvolta occorre attendere 10 e persino 15 giorni prima che dalla emocoltura si sia avuto lo sviluppo del germe. E questo rappresenta un non lieve inconveniente che si oppone alla necessità di una diagnosi sovratutto precoce.

Nel 1897 Wright annunciò la reazione agglutinante fra il siero di malati di melitense e sospensioni di micrococco di Bruce, e sino dall'inizio i numerosi lavori comparsi per opera di Aldridge, di Birt e Lamb, di Basset, di Smith, di Gardon confermarono l'osservazione di Wright e diedero alla prova dell'agglutinazione valore di specificità.

Inoltre la relativamente precoce comparsa del potere agglutinante nel siero del malato dal 5° al 10° giorno di malattia, rendevano la prova dell'agglutinazione di grande utilità pratica. Se non che ben presto altre osservazioni diminuirono notevolmente la fiducia riposta nella sieroreazione di Wright, facendo conoscere come si possa avere agglutinazione positiva nel tifo esantematico, nel kala-azar, nel tifo, nella tubercolosi e persino nei soggetti normali. E non solo tali agglutinazioni si ottenevano a titolo basso (1:30, 1:50), ma in alcuni casi anche a diluizioni notevoli (1:100, 1:500). Di più erano osservati casi indubbi di infezione melitense con emocoltura positiva, nei quali l'agglutinazione ricercata con gli stipiti di laboratorio era sempre negativa con alcuni di essi, e inversamente era stato notato che alle volte si riscontravano stipiti di micrococco facilmente agglutinabili dai sieri normali.

Questi fatti, se in primo tempo fecero sorgere un certo pessimismo sulla utilità della prova agglutinante, indicarono però anche chiaramente quali erano le cause di errore e quindi come si poteva ad esse ovviare. Quindi usando sempre stipiti di micrococco melitense convenientemente saggiati con sieri specifici e con sieri normali, eseguendo la prova a varie diluizioni onde non essere tratti in errore dal fenomeno paradosso; riscaldando i sieri per 30' a 56° come hanno indicato Nègre e Nègre e Raynaud per distruggere le agglutinine non specifiche, si può dalla prova dell'agglutinazione avere criteri netti e precisi per l'accertamento di diagnosi di infezione melitense. Per altro come l'emocoltura richiede la vicinanza di un laboratorio adatto, così anche per l'agglutinazione, dovendosi provvedere alla accennata eliminazione delle cause di errore, è necessario l'uso di un laboratorio. Tale è il valore e tali le condizioni necessarie dalle quali dipende l'applicazione delle ricerche di laboratorio fino ad ora conosciute, condizioni che in certo modo ne limitano un più largo e facile impiego. Ma recentemente Burnet, seguendo una lunga serie di studi sull'infezione melitense, ha posto in evidenza la facile provocazione negli ammalati di febbre di Malta, e solo in essi, di una reazione cutanea particolare in seguito all'introduzione nello spessore del derma di una minima quantità di filtrato di cultura di micrococco di Bruce. Dalla osservazione della cronicità della infezione melitense e dalla ipotesi di alterazioni notevoli determinate negli organi e tessuti dal micrococco di Bruce e dai suoi prodotti, Burnet è stato portato a ricercare se l'iniezione nel derma di una lievissima quantità di micrococco melitense fosse sufficiente a determinare la comparsa di reazioni generali e locali, così come avviene nei tubercolosi per l'introduzione nel derma di opportuna dose di tubercolina. Una prima esperienza fu nel 1922 compiuta dall'A. su sè stesso convalescente di infezione melitense. Egli iniettò nel derma del braccio 1/10 di cmc. di sospensione di micrococchi vivi ed osservò la comparsa di una reazione generale iniziantesi 6 ore dopo l'iniezione e caratterizzata da brivido, febbre, stanchezza, insonnia, cefalea. Tale reazione era già scomparsa completamente dopo 20 ore. Contemporaneamente osservò la presenza di una reazione locale iniziantesi anch'essa dopo 6 ore e caratterizzata dalla comparsa di una papula ecchimotica circondata da arrossamento spiccato e accompagnata da edema della cute. A questa papula seguì in ottava giornata una pustola, dalla quale fu possibile coltivare il micrococ-

co. Ulteriori esperienze compiute con culture uccise di micrococco melitense o di altri germi (stafilococchi) e con filtrati di culture in brodo di varia epoca, portarono alla conclusione che l'iniezione nel derma di malati o di convalescenti di infezione melitense, di 1/10 di cmc. di filtrato per candela di cultura di micrococco di 12-20 giorni determina l'apparire di una reazione locale caratterizzata da edema dolore, rossore e che per la sua costante positività negli ammalati di febbre di Malta, per la sua mancanza in qualsiasi altro stato morboso e per non essere provocabile con filtrati di colture di altri germi, ha tutti i caratteri per essere considerata quale una reazione specifica.

***

Allo scopo di controllare i risultati comunicati da Burnet, non solo, ma possibilmente anche di studiare i rapporti che intercedono fra intradermoreazione e presenza di agglutinine nel siero di malati di febbre di Malta ho seguito una serie di ricerche che si possono dividere in tre gruppi:

1° Gruppo: infezione sperimentale degli animali ed intradermoreazione in essi.

2° Gruppo: intradermoreazione nei malati di febbre di Malta.

3° Gruppo: intradermoreazione in individui affetti delle più svariate malattie.

Tecnica seguita.

Preparazione del filtrato. — Per ottenere il filtrato ho seguito le indicazioni di Burnet praticando colture in brodo comune di micrococco melitense. Per le semine mi son servito di uno stipite di micrococco di Bruce isolato dal sangue di un malato e conservato nel laboratorio della Clinica Medica e contrassegnato con l'indicazione N. 6.

Tale stipite è quello che viene comunemente usato per le agglutinazioni essendo facilmente ed intensamente agglutinabile soltanto da sieri antimelitense e non agglutinabile da sieri normali, o di individui affetti da altre malattie. Sono state praticate contemporaneamente varie semine; e ad intervalli di tempo (ogni cinque giorni) le singole colture sono state filtrate per candele Berkefeld.

Dopo la filtrazione il liquido è stato posto in termostato onde controllarne la sterilità.

Ho ottenuto così vari filtrati di colture di cinque, dieci, quindici, venti, venticinque, trenta giorni ed usandole sugli stessi individui ho notato che i filtrati più attivi sono quelli provenienti da colture di quindici e venti giorni.

Contemporaneamente ho suddiviso ogni filtrato in due parti ed ho conservato l'una con aggiunta d'acido fenico all' 0.5 %, l'altra senza alcuna aggiunta.

Entrambi questi filtrati si sono dimostrati ugualmente attivi per vari mesi.

Per eseguire l'intradermoreazione ho usato siringhe da un centimetro cubico esattamente graduate ed aghi molto fini sì da poter introdurre il liquido sotto l'epidermide.

Ho iniziato le esperienze usando la dose media di cmc. 0.20.

Come controllo ho sempre usato brodo sterile.

Risultati ottenuti.

Primo gruppo. — Cavie. Ho infettato sei cavie con iniezione sotto cute di 1/10 di agarcoltura di 48 ore di micrococco melitense stipite 6 e dopo 5, 10, 15, 20, 30 giorni dall'inoculazione ho sperimentato l'intradermoreazione introducendo 0.10 di filtrato di coltura di 20 giorni sotto la cute dell'orecchio accuratamente rasato. Nell'altro orecchio ho introdotto 0.10 di brodo sterile.

Contemporaneamente ho eseguita l'intradermoreazione con lo stesso filtrato e con i corrispondenti controlli in un altro gruppo di cavie non infettate.

I risultati sono stati i seguenti:

1) nelle cavie indenni non si è avuta alcuna reazione;

2) nelle cavie infettate, a cominciare dal decimo giorno, si è avuta la comparsa sull'orecchio iniettato di edema spiccato con arrossamento ed aumento della temperatura. Tali fenomeni si sono iniziati alla dodicesima ora dopo l'inoculazione e sono persistiti sino a 36 e 40 ore dopo.

Contemporaneamente ho praticato nelle sei cavie infette di melitense la *siero-diagnosi*, che è risultata positiva dopo 8 ore alla diluizione di 1 a 500.

Secondo gruppo. — Intradermoreazione nei malati di febbre maltese.

Negli individui affetti da infezione melitense l'introduzione nello spessore del derma di cmc. 0.20 di filtrato di coltura di 20 giorni di micrococco melitense provoca la comparsa dopo sei-dieci ore di una chiazza di arrossamento più intensa nel punto d'innesto e gradatamente sfumante verso la periferia.

Tale chiazza, che può raggiungere il diametro di 7-8 centimetri, si presenta inoltre rilevata sul piano della cute circostante e ad

essa corrisponde una spiccata infiltrazione del derma.

La temperatura locale è più alta; il malato si lagna di prurito e di dolore.

La pressione sulla zona di arrossamento è particolarmente dolente, la reazione raggiunge il massimo d'intensità dopo 24 ore, poi lentamente regredisce e in media, dopo 48 ore, scompaiono completamente il rossore, l'edema e il dolore; rimane soltanto una piccola macchia pigmentata nel punto d'innesto.

In tutti i casi, complessivamente nove, nei quali ho potuto eseguire la prova, la reazione è stata nettamente positiva anche usando quantità piccolissima di filtrato (cmc. 0.10; 0.05).

Come risulta dalla tabella sottostante, in tutti ho eseguita contemporaneamente la reazione agglutinante e per 6 casi l'emocoltura. Negli altri 3 si trattava di individui da lungo tempo già guariti dall'infezione.

duo convalescente o guarito hanno particolare interesse i 3 ultimi casi riferentisi a 3 individui che avevano contratto l'infezione l'uno (caso 7°) un anno avanti, l'altro (caso 8°) 17 mesi avanti, il terzo (caso 9°) oltre due anni prima.

In questi 3 casi la reazione è stata nettamente ed intensamente positiva. Ciò supera l'osservazione di Burnet che avrebbe trovato l'intradermoreazione positiva ancora 10 mesi dopo la guarigione, ma non oltre.

Come risulta dalla tabella riportata, ho eseguito contemporaneamente anche la prova agglutinante usando per le sospensioni di micrococco melitense culture in agar di 48 ore dello stesso stipite N. 6 che mi ha servito per la preparazione del filtrato.

In tutti i casi, eccetto che nel 7° e nel 9°, l'agglutinazione è stata positiva a titolo oscillante tra 1:150 e 1:300. Il caso 8° si riferiva

II GRUPPO.

Infezione melitense in atto.

N. d'ord.	COGNOME E NOME	DIAGNOSI E GIORNO DI MALATTIA	INTRADERMO-REAZIONE	REAZIONE AGGLUTINANTE	EMOCULTURA
1	B. E. (a. 24)	Infezione melitense. X giorno di malattia	Positiva	Positiva 1:150 e 1:300	positiva per il micrococco di Bruce.
2	B. A. (a. 18)	Infezione melitense. XV giorno di malattia. XXX " " "	Id. Id.	Positiva 1:200 1:300	Id.
3	R. L. (a. 20)	Infezione melitense. X giorno di malattia. XX " " "	Id. Id.	Positiva 1:200 1:200	Id.
4	P. L. (a. 48)	Infezione melitense. XV giorno di malattia. XXV " " "	Id. Id.	Positiva 1:150 1:[illegible]00	Id.
5	V. M. (a. 43)	Infezione melitense. XV giorno di malattia.	Id.	Positiva 1:200	Id.
6	S. A. (a. 45)	Infezione melitense. XX giorno di malattia.	Id.	Positiva 1:300	Id.

Infezione guarita.

N. d'ord.	COGNOME E NOME	DIAGNOSI E GIORNO DI MALATTIA	INTRADERMO-REAZIONE	REAZIONE AGGLUTINANTE	EMOCULTURA
7	B. A. (a. 23)	Infezione melitense. XI mese dalla guarigione.	Positiva	Negativa	—
8	B. A (a. 53)	Infezione melitense. XVII mese dalla guarigione.	Id.	Positiva 1:300	—
9	M. C. (a. 41)	Infezione melitense. XXIV mese dalla guarigione.	Id.	Negativa	—

Dallo studio compiuto da Burnet risulta che l'intradermoreazione compare positiva già al V. giorno di malattia, ma io non ho potuto controllare questo dato essendo i casi occorsi alla mia osservazione tutti in periodo già inoltrato di malattia. Circa la persistenza della facoltà a reagire in questa prova nell'indivi-

ad infezione contratta da oltre un anno, e da 11 mesi guarita; il caso 9° ad infezione contratta da oltre due anni, e clinicamente da due anni guarita. Nel caso 8° anche 17 mesi dopo la guarigione, l'agglutinazione era positiva al titolo 1:300.

Le due reazioni decorrono quindi parallela-

mente nel periodo di malattia, ed anche per un certo tempo dopo avvenuta la scomparsa di ogni sintomo clinico, ma sovente a guarigione inoltrata divergono lasciando riconoscere una superiorità della reazione intradermica su quella agglutinante.

Terzo gruppo. — Intradermoreazione in individui affetti da altre malattie.

(Ho seguito tecnica identica che per i casi del gruppo precedente, impiegando dosi di 0.10; 0.20; 0.30; 0.50).

1) I. S. Morbo di Hogdkin . . . reaz. negat.
2) I. G. Ulcera gastrica . . . . » »
3) V. G. Bronco-polmonite . . . . » »
4) P. B. Diabete mellito . . . . » »
5) E. M. Sifilide gastrica . . . » »
6) A. B. Stenosi mitralica . . . » »
7) E. R. Anemia perniciosa . . . » »
8) N. P. Nefrite cronica . . . . » »
9) M. P. Linfosarcoma . . . . . » »
10) L. C. Morbo di Parkinson . . » »
11) M. P. Calcolosi biliare . . . . » »
12) I. C. Polisierosite tubercolare » »
13) M. B. Diabete mellito . . . . » »
14) G. B. Cisti d' echinococco al polmone . . . . . . » »
15) M. B. Cancro del fegato . . . » »
16) R. I. Glomerulo nefrite . . . » »
17) P. O. Acromegalia . . . . . » »
18) L. M. Tumore del cervelletto . » »
19) A. M. Tumore del mediastino . » »
20) L. F. Aortite luetica . . . . . » »
21) B. L. Tumore del colon . . . » »
22) M. O. Malaria . . . . » »
23) M. P. Calcolosi biliare . . . . » »
24) L. G. Tabe dorsale . . . . . » »
25) I. L. Malaria . . . . » »
26) I. A. Anemia perniciosa . . . » »
27) C. R. Diabete mellito . . . . » »
28) M. M. Malaria . . . . » »
29) R. G. Tabe dorsale . . . . . » »
30) B. B. Malaria . . . . » »
31) F. M. Porpora emorragica . . » »
32) F. A. Tubercolosi polmonare . » »
33) G. M. Linfoblastoma . . . . » »
34) P. B. Polinevrite . . . . . . » »
35) G. U. Calcolosi biliare . . . . » »
36) G. F. Malaria . . . . » »
37) B. G. Tabe dorsale . . . . . » »
38) M. D. Morbo di Hogdkin . . . » »
39) P. A. Malaria . . . . » »
40) C. B. Emiplegia capsulare. . . » »
41) R. V. Malaria . . . . » »
42) M. A. Sclerosi a placche . . . » »
43) P. I. Tifo addominale . . . . » »
44) I. R. Cistite da colibacillo . . » »
45) I. C. Ematomielia . . . . . . » »
46) S. M. Calcolosi biliare . . . . » »
47) R. P. Malaria . . . . » »
48) A. P. Tifo addominale . . . . » »
49) P. S. Malaria . . . . » »
50) O. B. Insufficienza aortica . . » »
51) F. P. Calcolosi renale . . . . » »
52) D. R. Morbo di Hogdkin . . . » »
53) G. S. Cancro dello stomaco . » »
54) B. D. Tabe dorsale . . . . . » »
55) C. B. Emiplegia capsulare . . reaz. negat.
56) A. A. Ipernefroma . . . . . » »
57) D. R. Malaria . . . . » »
58) B. A. Cirrosi epatica . . . . » »
59) D. M. Tumore della fossa iliaca » »
60) O. A. Epilessia e malaria . . » »
61) I. M. Malaria . . . . » »
62) C. I. Sciatica . . . . » »
63) C. G. Leucemia . . . . » »
64) M. I. Tubercolosi polmonare . » »
65) F. F. Porpora emorragica . . » »
66) O. R. Pleuro-pericardite . . . » »
67) R. G. Sifilide . . . . » »
68) M. G. Calcolosi renale . . . . » »
69) E. V. Reumatismo articolare acuto . . . . » »
70) P. A. Encefalite epidemica . . » »

Quantunque limitato sia il numero degli individui non affetti da infezione melitense, nei quali ho saggiato la intradermoreazione, il costante risultato negativo mi sembra sufficiente per affermare, concordemente all'osservazione di Burnet, che la intradermoreazione con filtrato di cultura in brodo di micrococco di Bruce, è assolutamente specifica. Ed il risultato negativo ottenuto nelle più svariate malattie, comprese quelle forme infettive per le quali erasi notato la possibilità di agglutinazioni aspecifiche con sospensioni di micrococco meliense, assume un notevole valore per il fatto che esso tale si è mantenuto anche usando dosi di filtrato dieci volte superiori a quelle sufficienti per ottenere netta reazione positiva nei malati o convalescenti di febbre di Malta.

I risultati ottenuti nei 3 gruppi di ricerche suesposti depongono quindi per una spiccata sensibilità ed una assoluta specificità della intradermoreazione nella diagnosi di infezione melitense — el i fenomeni che seguono alla introduzione del filtrato di cultura nello spessore del derma, sono paragonabili a quanto si osserva negli individui tubercolosi per l'iniezione intradermica di opportuna diluizione di tubercolina — e sono con ogni verosimiglianza espressione di un particolare stato di allergia dell'organismo di fronte all'azione del micrococco melitense.

CONCLUSIONI.

I. L'introduzione nello spessore del derma di una piccolissima quantità (0.05-0.10) di filtrato di coltura in brodo di micrococco melitense di 20 giorni non provoca alcun fenomeno negli animali e individui sani o affetti dalle più svariate malattie.

II. Negli individui affetti da infezione melitense e negli animali sperimentalmente infettati, determina la comparsa di una reazio-

ne locale caratterizzata da aumento della temperatura, arrossamento, edema, dolore. Tali fenomeni s'iniziano circa 10 ore dopo l'iniezione e si mantengono evidenti per 48 ore.

III. Tale reazione che ha tutti i caratteri di reazione particolarmente sensibile e specifica è ancora presente due anni dopo contratta l'infezione ed in periodo di accertata guarigione clinica mentre le altre reazioni capaci di attestare la pregressa infezione melitense possono risultare negative.

IV. Avuto riguardo alla facilissima tecnica richiesta; l'intradermoreazione si dimostra come mezzo particolarmente utile nella diagnosi precoce dell'infezione melitense e quindi degno di essere largamente applicato.

V. La constatazione inoltre della presenza d'individui sani portatori di micrococco melitense, constatazione rilevata a mia conoscenza per la prima volta dallo Shaw e confermata dal Missiroli nel 1912 in un'epidemia di melitense nel reclusorio di Alghero, pone in maggiore evidenza ancora l'importanza e l'uso dell'intradermóreazione per rintracciare questi portatori di micrococco melitense e rendere quindi più facile la lotta contro il diffondersi dell'infezione specie quando essa si sviluppi in ristrette collettività.

Luglio, 1923.

BIBLIOGRAFIA.

ANGLADE JEAN. Comptes-réndus. Hebdom. des séances de la Soc. de Biol., 1921, p. 378.

BASSET SMITH. Journ. of trop. med. and hyg., 1921, vol. 24, n. 13, p. 173.

BURNET D. S. Révue Tunisienne des Sciences Médicales, 1922, n. 2.

CRENDIROPOULO-MILTON. Archiv. de méd. exp. et d'anat. pathol., 1912, p. 749.

CARRIEN M. e J. ANGLADE. Montpellier médical, 1913, vol. 36, p. 1 e 41.

EUZIÈRE et ROGER. Gaz. des Hôp., 1912, n. 82, p. 289.

KOLLE W. und WASSERMANN A. *Handbuch der Pathogenen Mikrorganismen*, 1912, vol. IV.

MISSIROLI A. Riforma medica, 1912, n. 32, p. 869.

MISSIROLI A. Policlinico, Sez. Medica, 1912, pagina 414.

MOHLER and A. EICHORN. Journ. of the Americ. Med. an., 1912, n. 58, p. 1107.

NÈGRE et RAYNAUD. Instit. Pasteur d'Algérie, 1912.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. Maladies infectieuses, vol. III, 1921.

ROUSLACROIX. Gaz. des Hôp., 1912,, n. 85, p. 439.

VALLET et RIMBAUD L. Montpellier méd., 1913. n. 37 e 38.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI MODENA.
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. PAOLO FIORI.

Contributo alla terapia delle tubercolosi chirurgiche.

Dott. BORTOLUCCI PIER GIUSEPPE, assistente.

L'indirizzo, prevalentemente seguito dalla terapeutica medicamentosa anti-tubercolare, si riporta oggigiorno alla introduzione nell'organismo infetto, di sostanze che, se variamente preparate e presentate, traggono però dal bacillo tubercolare e dai suoi prodotti origine.

All'enorme dovizie di farmachi antitubercolari specifici il Vaccino Martinotti viene ad aggiungersi. Non tubercolina, non siero «esso, contiene, tra le altre sostanze, una proteina, ricavata da colture di bacilli tubercolari, la quale agisce come antigene ed è capace di produrre, in condizioni favorevoli una immunizzazione attiva rispetto alla tubercolosi» (1).

«Il vaccino potrà venire impiegato con profitto quando nell'organismo malato sussistono quelle condizioni che permettono lo stabilirsi di un utile immunizzazione attiva» (2) e cioè «quando la malattia non è molto avanzata, quando non è complicata da infezioni secondarie, quando le condizioni generali del paziente sono relativamente buone, quando la nutrizione si compie abbastanza bene, quando il processo non lede profondamente la funzione di organi importanti per la nutrizione e per la emopojesi, quando esso non si accoppia ad altre gravi infezioni (sifilide, ecc.) (3)».

Col suo vaccino quindi il prof. Martinotti tende a promuovere nell'organismo iniettato una reazione proteica specifica devolvendo alla proteina ricavata da colture di bacilli tubercolari la capacità di produrre un'immunizzazione attiva. La proteino-terapia specifica della tubercolosi viene così ad avere nel vaccino Martinotti nuovo e ragionevole mezzo di applicazione pratica.

L'originalità del preparato sta appunto nella sua composizione e preparazione.

Le relazioni e le statistiche fino ad ora pubblicate, degli esiti curativi ottenuti dalla vaccinazione antitubercolare Martinotti, sono concordi nel ritenerla utile ed efficace (4). Scarse essendone, tuttavia, e la letteratura e le osservazioni sull'argomento e volendo, con intenti pratici seguirne e constatarne i risultati terapeutici, sottoposti, sin dal settembre 1920, al trattamento Vaccinico Martinotti forme diverse di tubercolosi chirurgiche presenta-

te da degenti nei Reparti Nosocomiali. I casi trattati, 24, pei dati anamnestici, pei reperti semeiologici, radiologici, biologici: pei fenomeni reattivi riscontrati alle prove diagnostiche tubercoliniche e sierologiche, mi assicurarono della specificità delle lesioni prese in esame (osteoperiostiti a focolaio unico e multiplo — osteo artriti e sinoviti della varie articolazioni — tubercolosi delle ghiandole linfatiche — osteoartriti della colonna vertebrale — tubercolosi del rene — tubercolosi degli organi genitali femminili). In essi non cercai di stabilire se esistevano, come il prof. G. Martinotti vuole «le condizioni permittenti una utile immunizzazione attiva» pensando che l'esito curativo stesso, avrebbe dovuto concedermi la risposta, sì da maggiormente precisarne le indicazioni o controindicazioni terapeutiche.

***

Il vaccino venne somministrato seguendo le norme dallo stesso prof. G. Martinotti dettate, iniziando da dosi di 1/10 di cmc. e progredendo di 1/10 di cmc. per iniezione successiva, alla distanza di quattro giorni; come sede d'elezione punturale la regione glutea, per quanto eseguii pure iniezioni al braccio, alle coscie. L'iniezione intramuscolare non provocò mai nessun fatto reattivo locale: all'incontro le iniezioni ipodermiche, nella maggioranza dei casi, diedero luogo all'insorgenza, nel punto iniettato, di una zona di infiltrazione, leggermente edematosa, rossastra, della grandezza di una moneta da cinque lire, rotonda, dolorosa alla pressione. In due casi, solamente, osservai alta reazione febbrile e fenomeni generali reattivi (cefalea, spossatezza, conati di vomito), alla prima iniezione, fatti questi che fugacemente scomparvero, senza ripresentarsi nel corso successivo della terapia vaccinale. Durante questo, qualsiasi altro trattamento venne sospeso.

Il numero di iniezioni eseguite a ciascheduno degli infermi fu di 24; la dose iniettata cmc. 30; dopo la ventesima iniezione (2 cmc.) l'intervallo di tempo tra iniezione e iniezione fu protratto a sette giorni. Per praticità di raccolta, sino alla quinta iniezione (5/10 di cmc.) si unì al vaccino il liquido, composto dal prof. G. Martinotti stesso e costituito da carbonato di soda puro, acido fenico, acqua distillata.

***

Dal trattamento vaccinico antitubercolare Martinotti tutti gli ammalati avvertirono: miglioramento delle loro condizioni generali, ripristino delle forze muscolari, delle facoltà psichiche già depresse, ritorno dell'appetito da tempo mancante, senso di benessere, aumento di peso.

Contemporaneamente a questi fatti somatici individuali, osservai una corrispondenza clinica, passeggera ed incostante però, in due forme di tubercolosi delle ghiandole linfatiche con seni fistolosi, in una forma renale ed in una degli organi genitali femminili (ovarosalpingite): quest'ultima venne durante la cura sottoposta ad intervento chirurgico (ovarosalpingectomia). Negli altri 20 casi i reperti clinici e radiologici locali non corrisposero mai ai fini del trattamento; il processo tubercolare, anzi, continuò l'opera sua distruttrice lentamente, inesorabilmente: nemmeno l'accenno ad un arresto, ad una sosta, ad una modificazione sia pure parziale: e le condizioni permettenti un'utile immunizzazione attiva esistevano nei pazienti presi in esame. Infatti, tutti gli infermi risentirono e palesarono immediatamente il benefico mutarsi dei disturbi subbiettivi generali ed obbiettivi; ciò sta a dimostrare che i loro organismi possedevano le disposizioni migliori richieste per lo stabilirsi di un'utile immunizzazione attiva: chè la ricerca degli anticorpi specifici nel siero di sangue si sa essere assai difficile e laboriosa, soggetta ad ingannevoli e troppo facili constatazioni, impossibile poi nella pratica medica quotidiana. Se, all'incontro, per la osservazione degli esiti terapeutici remoti, avessi dovuto escludere l'esistenza, nei miei vaccinati delle condizioni permettenti un'utile immunizzazione attiva, avrei anche dovuto non tener calcolo degli innegabili e progressivi miglioramenti somatici subbiettivi ed obbiettivi, i quali invece debbono ritenersi indici preziosi nella lotta contro il bacillo tubercolare ed i suoi prodotti e che al vaccino Martinotti debbono attribuirsi.

Scaturisce, da queste condizioni, l'impossibilità di stabilire quando debbasi, nelle tubercolosi chirurgiche, iniziare con profitto il trattamento vaccinale, ed ancora che nelle tubercolosi chirurgiche, con assai minore frequenza al confronto di altre localizzazioni tubercolari, il Vaccino Martinotti ha dimostrato scarsa efficienza curativa, quasi che il sistema osseo in special modo, a differenza degli altri apparecchi della vita organica, si dimostri refrattario a tollerarne o subirne l'azione.

Pur tuttavia è doveroso riconoscere, ed il medico pratico deve esserne edotto, nel Vaccino Martinotti un'ottima formula medicamentosa stimolante le funzioni organiche generali

di difesa, da considerarsi alla stregua delle più reputate e da tempo esistenti nei ricettari medici, da prescriversi ed usarsi come tentativo terapeutico contro le venefiche, ignote forze distruttrici del bacillo tubercolare e dei suoi prodotti, che ancora oggi non hanno trovato rimedi pronti, efficaci, sicuri.

BIBLIOGRAFIA.

1)-2)-3) MARTINOTTI. *Sulla vaccinazione antitubercolare.* Memoria della R. Accad. delle Scienze di Bologna, Serie VII, Vol. VII, 1919-1920. Id. Riforma Medica, 1920, B. 27.

4) REMEDI. *Sopra cento casi di tubercolosi chirurgiche trattati col Vaccino antitubercolare Martinotti.* Archivio Italiano di Chirurgia. Vol. II, fasc. I.

E. RUGGERI. *Contributo clinico alla terapia tubercolotica polmonare col Vaccino Martinotti.* Tubercolosi, Vol. XII, 1920, fasc. V e VI.

SESTINI L. *Sulla vaccinazione antitubercolare col Metodo Martinotti.* Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. settembre-ottobre 1920.

FORNI. C. *Contributo clinico alla terapia della tubercolosi chirurgica col Vaccino Martinotti.* Riforma Medica, 1921, B. 14, pag. 315.

SARACENI G. *38 casi di peritonite tubercolare trattati col Vaccino antitubercolare Martinotti.*

CORTICELLI M. *Lo schema leucocitario neutrofilo di Arneth nelle tubercolosi ed il suo comportamento colla vaccinazione Martinotti.* Minerva Medica, 1922, n. 12.

Prof. G. MARTINOTTI. *Sulla presenza e sul valore degli anticorpi nella vaccinazione antitubercolare.* Bollettino delle Scienze Mediche, Bologna, 1921.

Prof. G. COSTANTINI. *Sulla vaccinazione antitubercolare col Metodo Martinotti.* Bollettino delle Scienze Mediche. Bologna, 1921.

A. VALENTINI. *Il Vaccino Antitubercolare Martinotti.* Tubercolosi, Vol. XIV, fasc. 4, Roma, 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

Il ciclo dell'infestione da ascaridi e da ossiuri.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Si è sempre ritenuto fino a pochi anni or sono che l'infestione da vermi nematodi avvenisse direttamente per le uova e le larve che, passate a traverso lo stomaco, si localizzavano nell'intestino, seguendo poi in questo le successive fasi sino al verme adulto. Tale concetto sembrava tanto ovvio che non si sentiva il bisogno di dimostrarlo. Ma i concetti semplici se sono talvolta attraenti, non sempre rispondono a realtà; analogamente si riteneva un tempo che il bacillo del tifo arrivasse direttamente nell'intestino per fissarsi nelle placche del Peyer, mentre oggi, dopo le ricerche e le dimostrazioni che dobbiamo al Sanarelli, si ammette senza contrasto che esso determina dapprima la setticemia e si fissa poi in secondo tempo ed *a tergo* sulle placche del Peyer.

IL CICLO DELL'ANCHILOSTOMA E DELLO STRONGILOIDES.

Per quanto riguarda i vermi nematodi, il ciclo ben diverso che segue l'infestione venne dimostrato dapprima dal Loos per l'Anchilostoma. Era già noto che l'infestione per tale verme può aversi per via cutanea, senza che si conoscesse però in qual modo le larve arrivano all'intestino. È appunto merito del Loos di avere dimostrato (1898) che la cute è invece il punto d'ingresso normale e di aver fatto conoscere le tortuose vie che esse seguono prima di svilupparsi nell'intestino. Le larve, penetrate sotto la pelle, sono portate dai capillari al cuore destro e di qui ai capillari polmonari; in seguito, perforata la parete alveolare, arrivano nell'albero respiratorio, donde risalita la laringe, giungono nell'esofago e scendono nello stomaco e nell'intestino.

Alcuni anni più tardi (1911) un ciclo analogo a quello dell'Anchilostoma venne dimostrato da Fülleborn (1) per lo Strongiloides (Anguillula) intestinalis, il quale, sia per via cutanea, sia per quella orale, penetra in circolo ed, a traverso i polmoni, raggiunge lo stomaco e l'intestino. Lo stesso Fülleborn durante le esperienze fatte per lo Strongiloides, aveva osservato che nei cani non infestati nè da questo nè da Anchilostoma, si trovavano nei reni noduli in forma di tubercoli, contenenti vermi del tutto simili a giovani larve di ascaridi ed emise l'ipotesi che anche questi seguissero la stessa via.

ESPERIENZE CON GLI ASCARIDI.

Per gli ascaridi però la dimostrazione della via diretta sembra raggiunta da esperienze di Davaine, di Grassi, di Calandruccio. Il Grassi di fatto (2), cinque settimane dopo l'ingestione di uova già embrionate, osservò che i vermi avevano raggiunta la maturità sessuale e vide comparire le uova nelle feci. Comunque questa esperienza ebbe il merito di dimostrare che l'infestione dell'uomo si fa direttamente, mentre invece il Leuckart riteneva che vi fosse un ospite intermedio, che v. Linstow supponeva fosse il *Julus guttatus*.

Fu lo Stewart che nel 1916 osservò che quando si alimentano dei topi con uova di ascaridi, si trovano le larve dopo 2-3 giorni nei capillari del fegato e dopo 7-8 nei bronchi, nella trachea, nella bocca. Tali ricerche di cui demmo a suo tempo notizia (3) sono state in seguito confermate ed allargate da altri, specialmente da Fülleborn (4), dimostrando che il ciclo che esse compiono nell'organismo è il seguente. È noto anzitutto che le uova appena emesse non possono infestare, ma hanno bisogno di un periodo di una quindicina di giorni per venire a maturazione. Una volta ingerite (e non è improbabile che si dimostri anche per esse la via d'ingresso cutanea) quelle che sfuggono all'azione dei succhi digerenti, arrivate nella regione della valvola ileo-cecale, migrano a traverso la parete e, per la via dei vasi linfatici, arrivano alla porta ed al fegato. Da qui, per la via venosa, giungono nel cuore destro e quindi al polmone; perforano i capillari senza determinare emorragia e pervengono nelle vescicole polmonari donde, mosse dall'epitelio vibratile, nei bronchi, nella trachea, nella faringe. Vengono allora ingoiate ed, avendo subìto particolari modificazioni biologiche, resistono nel passaggio a traverso lo stomaco ed arrivano finalmente nell'intestino, dove compiono il ciclo, sviluppando il verme adulto.

Un fatto che appare abbastanza strano è il passaggio delle larve, che hanno un diametro doppio o triplo di quello delle emazie, per i capillari. Stewart ammetteva che, arrivate le larve ai capillari del fegato, si avesse una degenerazione delle cellule epatiche circostanti e le larve potessero quindi penetrare nelle venule. È invece stato dimostrato sperimentalmente il passaggio nel capillare sia del grande che del piccolo circolo, passaggio che si compie in una frazione di minuto. Del resto le larve possono, come già si è detto, perforare la parete del capillare senza provocare emorragia. Alcune larve possono poi perforare le vene polmonari ed arrivare così nel cuore sinistro e di qui portarsi in tutto l'organismo, nei reni, nel cervello, nel miocardio; sono state osservate anche nella placenta, fatto di una certa importanza perchè dimostra la possibilità di un'infestione endouterina.

Tutto il ciclo, dall'ingestione delle uova mature all'espulsione di quelle nuove, si compie in 60-80 giorni; già quattro ore dopo l'ingestione si trovano larve a dozzine nel sangue portale; il soggiorno più lungo si ha nei bronchi in cui le larve subiscono una vera maturazione. A fenomeni riflessi provocati, dalla loro presenza, oltre che a sostanze tossiche elaborate, si potrebbero forse attribuire le tonsilliti da vermi che il Bilancioni ha messo in evidenza (5).

ASCARIDIOSI SPERIMENTALE NELL'UOMO.

La dimostrazione di questo ciclo non è limitata agli animali, specialmente al ratto ed al maiale, ma è stata fatta anche per l'uomo. Sui Koino (6) di fatto, in seguito ad ingestione di uova di ascaridi, osservò in un caso (500 uova) una lieve polmonite al nono giorno, con elevazione termica fino a 38°,1, gradatamente discesa alla normale al settimo giorno; in un altro caso (2000 uova) si ebbe al terzo giorno una lieve elevazione termica, ed al sesto, forte febbre con brivido, polmonite grave durata nove giorni ed emissione di abbondante espettorato sanguinolento con numerose larve di ascaridi (complessivamente 178 in 150 cmc. di espettorato).

Nell'applicare all'uomo i risultati ottenuti con gli animali si potrebbe obbiettare che, spesso, nella ascaridiosi sperimentale, i topi, i conigli, le cavie muoiono al 7°-8° giorno, in seguito a polmonite, mentre nell'uomo non si hanno per lo più sintomi di sorta. Bisogna però riflettere che, nelle condizioni sperimentali si fa ingerire una quantità elevata di uova; nei maiali del resto, che sono coprofagi, si osservano talvolta fenomeni di polmonite da ascaridi. Nell'uomo invece, il numero delle uova ingerite è sempre relativamente scarso e d'altra parte le esperienze sopra citate di Sui Koino dimostrano che con l'introduzione di forti quantità di uova, la polmonite verminosa si verifica. Del resto affezioni respiratorie da ascaridi sono state osservate nell'uomo, come nel caso di Mosler e Lutz (7) con disturbi respiratorî febbrili ed in quello di Steiner (8) di un bambino con febbre e disturbi asmatici della durata di parecchi giorni che si ripeterono diverse volte e scomparvero do-

po l'uso di un vermifugo che diede luogo all'espulsione di molti ascaridi. Non è poi improbabile che alcune polmoniti nei bambini, decorrenti con sintomi gravi, possano riconoscere tale causa. Così, grado grado, la credenza popolare che attribuiva gran parte delle malattie infantili ai vermi viene in qualche caso dimostrandosi giustificata.

Non è improbabile che in questi casi di infestione delle vie respiratorie si renda utile l'esame dell'escreato diretto alla ricerca di vermi; abbiamo veduto che in un'osservazione di Sui Koino sono state trovate molte larve nell'escreato; sembra inoltre da esperienze di Stewart che con la saliva di topi infestati si possa arrivare ad infestare altri topi, ciò che dimostra che in essa si trovano larve di ascaridi. Questo fatto potrebbe avere anche importanza epidemiologica, indicando un'altra sorgente d'infezione, cioè la saliva o l'escreato e potrebbe anche costituire un argomento in favore di quei rigidi igienisti che vorrebbero abolito il bacio.

Occorre però evitare di risalire dai fatti rigidamente osservati a facili ed anche attraenti generalizzazioni. Così, in considerazione della possibilità che hanno le larve di essere trasportate con la corrente sanguigna in tutti gli organi, si potrebbe essere tentati a spiegare con lo sviluppo delle stesse larve *in loco* il reperto di ascaridi maturi in organi per i quali la comunicazione con l'intestino non è agevolmente dimostrabile. Qualche autore di fatto, nel caso non raro di ascaridi emessi dalla bocca, propende ad ammettere che possa trattarsi di larve sviluppate nel polmone. Anche recentemente Freudenthal (9), a proposito di un ascaride vivente lungo 25 cm., trovato nella cavità peritoneale, incluso in un pezzo di peritoneo inspessito a guisa di tumore, emette la ipotesi che si trattasse di una larva rimasta nella cavità peritoneale e là venuta a maturazione. Non si può escludere senz'altro *a priori* tale possibilità; ma per accettarla occorrerebbe una dimostrazione, poichè finora si è veduto che le larve possono bensì migrare in tutto l'organismo, ma non possono venire a maturazione che nell'ambiente stesso dell'intestino.

IL CICLO DEGLI OSSIURI.

In considerazione di questi reperti, anche il ciclo dell'infestione da ossiuri è stato sottoposto a revisione. Da numerosi esperimenti di Goebel (10) è risultato che l'ambiente più adatto per lo sviluppo di tali vermi è costituito da una miscela di succo pancreatico e di bile quale può trovarsi nell'intestino; le uova possono quindi schiudersi nello stesso intestino crasso e non è necessaria una autoinfestione dalla via orale per mantenere ostinatamente gli ossiuri nell'intestino. A queste vedute di Goebel aderisce Heubner (11), che ha fatto sopra di sè l'esperienza e che, nonostante le più rigorose cautele igieniche, non è stato capace di liberarsi dagli ossiuri; questo autore conchiude affermando che tutto il ciclo dell'Oxiuris può compiersi nell'interno dello stesso intestino.

Si ignora poi se, analogamente a quanto avviene per gli ascaridi, possa verificarsi anche per gli ossiuri il passaggio a traverso il polmone. Fülleborn lo ritiene improbabile, sebbene abbia veduto in qualche caso la fuoriuscita di femmine mature dalla bocca e dalle cavità nasali. Nuovi studi potranno forse gettare altra luce sull'ossiuriasi; ed il problema merita di essere studiato a fondo, poichè tale malattia, per la sua ostinata resistenza, rende spesso fallace ogni tentativo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA.

(1) FÜLLEBORN F. *Untersuchungen über den Infektionsweg bei Strongyloides und Ankilostomum und die Biologie dieser Parasiten*. Arch. f. Schiffs-und Tropenhyg. 1914.

(2) Annali di Igiene, 1916, pag. 483.

(3) Policlinico S. P., 1917, pag. 833.

(4) FÜLLEBORN F. *Ueber die Infektionsweg bei Askaris*. Klin. Wochn., 1922, n. 6 e 20.

(5) BILANCIONI G. *Importanza degli elminti intestinali in oto-rino-laringoiatria. Le tonsille da vermi*. Boll. del prof. Grazzi; anno XXXIII, fasc. II.

(6) KOINO SUI. *Experimental Infection with Ascaris in human body, with special reference to the clinical symptoms of Ascaris pneumonia*. Riassunto in Japan med. World, 1923, 15 febbr.

(7) Citato in BRÜNING H. *Die Biologie des Ascaris lumbricoides und des Oxyuris vermicularis im Lichte neuerer Forschungen*. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, Bd. XXIV, 1923.

(8) STEINER G. *Neuere Foschungergebnisse über die Lebensgeschichte des Askaris lumbricoides und ihre medizinische Bedeutung, namentlich als Ursache der Pneumonie*. Schweiz. med. Wochn., 1920, n. 17.

(9) FREUDENTHAL F. *Bemerkenswerter Fall eines Ascaris lumbricoides in der freien Bauchhöhle*. Mediz. Klinik 15 aprile 1923.

(10) Citato in: BRÜNING, ved. n. (8).

(11) HEUBNER O. *Studien über Oxyuriasis* Jahrb. F. Kinderheilkunde, 1922.

COMMENTI.

A proposito dell'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento.

Soltanto ora rispondo alle critiche che mi sono state mosse dal dott. S. Rapisardi, avendone preso visione con ritardo, perchè tenuto lontano da gravi motivi di famiglia.

Le ricerche del dott. Rapisardi tendenti a negare importanza al calcio nel processo della reazione di Wassermann sono infirmate dalle seguenti considerazioni:

1. Il dott. Rapisardi ha trascurato di titolare il contenuto effettivo in calcio nella soluzione adoperata e ha riferita la percentuale alla quantità in peso del sale proveniente dal commercio, più o meno puro e sempre ricco di acqua, la quale non si riesce ad eliminare completamente nemmeno con l'essiccamento.

2. Per la soluzione del sale calcico egli è ricorso all'acqua distillata mentre occorreva adoperare soluzione fisiologica, dato che il calcio si trova nel siero e la concentrazione del cloruro di sodio rimane inalterata in cc. 2.5 della miscela occorrente per la reazione di Wassermann.

3. Quando si afferma che il calcio legato al cloro è elettroliticamente più attivo non si tiene conto della legge della indipendenza degli ioni, per cui il calcio è sempre un ione bivalente con le solite caratteristiche proprietà.

A meno che non si voglia sostenere che il calcio non si trovi nel siero allo stato di ione... È logica invece la tesi opposta: l'aumento del calcio in circolo non compensato dai mezzi protettivi dell'organismo, determina a lungo andare un turbamento nell'equilibrio dei complessi colloidali che solo in parte noi possiamo riprodurre *in vitro* in un siero normale senza il favorevole intervento di altre circostanze che si presentano *in vivo*.

4. Non risulta che il dott. Rapisardi abbia tenuto conto dell'altro importantissimo fattore da me posto in luce: la reazione del mezzo. La quale non solo può essere differente nei diversi sieri, ma varia anche (e come!) nell'acqua più o meno distillata che si adopera.

5. Le mie ricerche sono state già confermate da esperimentatori di non dubbio valore, quali il prof. Scala e il dott. Alessandrini, dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma.

6. La decalcificazione del siero non è possibile. Basta essere appena iniziati in chimica colloidale per riconoscere la verità di questa asserzione. Io che pure ho fatto la mia educazione nei laboratori di chimica pura e ho insegnato, sia anche modestamente, chimica analitica, non vi sono riuscito nemmeno maltrattando le sostanze proteiche preventivamente con acido cloridrico, e il prof. Scala, un vero apostolo della chimica colloidale, non ha raggiunto lo scopo neanche adoperando acido nitrico. Consideriamo poi se si possa riuscire nell'intento col semplice ossalato di ammonio a freddo!

Ma a prescindere da questa difficoltà vi è un dato di fatto che non capisco come sia sfuggito all'egregio collega e che rende inutile il tentativo di decalcificare il siero nei rapporti della reazione di Wassermann: *l'ossalato d'ammonio inibisce di per sè stesso la emolisi, e aggiunto in opportuna concentrazione ad un siero negativo lo fa reagire positivamente rispetto alla reazione di W.* (!).

7. La titolazione del calcio nei sieri deve essere stata eseguita con uno dei tanti micrometodi che la lunga esperienza personale mi ha dimostrati privi di valore. Il micrometodo nei riguardi del calcio, che non dà ioni complessi e colorati, mi ricorda un po' il letto di Procuste perchè si riduce sempre alla classica precipitazione con ossalato di ammonio e si fa variare solo la quantità di siero. Quando si pensi che l'ossalato di calcio non è insolubile ma solo difficilmente solubile in acqua e che l'errore analitico può arrivare ad oltre un milligrammo nelle mani dei più esperti, non si sa dove si debba andare a ripescare qualche decimo di milligrammo di calcio dopo le varie manipolazioni e i lavaggi occorrenti! Servendoci poi del metodo volumetrico per le piccole quantità di siero, si titola tutto fuorchè l'acido ossalico legato al calcio, tanto più che con la semplice precipitazione delle sostanze proteiche oltre a perdere una notevole quantità di calcio, non si riesce mai ad eliminare tutte le sostanze organiche coagulabili. Ove si abbia poi la cura di eseguire una titolazione senza siero, si vedrà quanto permanganato consumerà l'acqua distillata fornita dal commercio ai singoli laboratori!

Il dott. Rapisardi non mi crederà forse quando affermo che chimici d'indiscutibile valore non siano riusciti a dosare il calcio in 15 e 20 cc. di siero.

Ritengo inutile poi far cenno dei metodi fondati sulla più o meno rapida coagulazione del sangue, i quali oltre a riferirsi al sangue totale non possono considerarsi che come metodi molto grossolani e in ogni caso non certo informati a rigore scientifico.

8. I sieri positivi su cui fu da me eseguita

la ricerca del calcio furono scelti fra quelli che conservavano la W. positiva dopo 24 ore e trattandosi di stabilire un fatto nuovo volli che un'analisi di controllo fosse eseguita da un mio caro e valoroso amico oggi professore ordinario di chimica in una Università del Regno, il quale confermò pienamente e inconsapevolmente i miei risultati, distruggendo le sostanze organiche per via elettrica.

Fui costretto a servirmi di una miscela di sieri, riuscendomi difficile di salassare quel gran numero di malati che la serietà delle ricerche richiedeva. In tal modo non si possono conoscere le differenze individuali, ma si può con sicurezza stabilire l'ipercalcemia quando circa 600 sieri positivi dimostrano aumento notevole e costante di calcio e oltre 1000 sieri negativi non lo dimostrano affatto.

9. È un grave errore nelle reazioni tra colloidi ed elettroliti tener conto di un solo elemento rappresentato dalla quantità di elettrolita quando intervengono un cumulo di circostanze a modificare l'andamento delle reazioni. Tutti gli autori sono ormai d'accordo nel ritenere che la reazione di W. sia dovuta ad una floculazione dei colloidi del siero e dell'antigene, ma nessuno ha detto perchè i colloidi del siero positivo siano più labili di quello negativo. Credo di essermi esaurientemente spiegato nel mio lavoro sulla reazione di Wassermann: l'aumento del calcio che ha la proprietà di far floculare i colloidi negativi produce un agglomeramento delle micelle, che per essere aumentate di grandezza si trovano rispetto al siero normale più vicine alla floculazione, la quale avviene senza altro quando aggiungiamo i colloidi dell'antigene che sono molto più sensibili all'azione del calcio. Questa floculazione (che si può apprezzare macroscopicamente nella reazione di Sachs) riduce la concentrazione degli idrogenioni al disotto del limite necessario perchè si determini l'emolisi e questa non avviene.

10. Il dott. Rapisardi affermando in base al risultato delle sue esperienze che per inibire l'emolisi occorre una quantità di CaO cinquanta volte superiore a quella da me indicata pel siero positivo, dimostra di confondere l'ossido di calcio col cloruro di calcio, mentre si sa che il primo composto contiene una quantità doppia di metallo del secondo, dato che (è superfluo ricordarlo) CaO ha peso molecolare 56 e $CaCl_2$ 111.

Dopo di ciò credo che al dott. Rapisardi convenga di riprendere le ricerche, mettendosi in opportune condizioni di esperienza.

Salcito, agosto 1923.

Dott. NICOLA PIETRAVALLE.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Trattamento del catarro vaginale.

A. BOURNE (*Lancet*, 1923, pag. 397).

Non sempre richiede un intervento terapeutico. Talora si può avere una scarsa leucorrea mestruale priva di significato patologico. In certi casi la leucorrea non può guarire senza un'amputazione alta del collo o un'isterectomia, onde, se è lieve, conviene tollerarla, essendo inutile ogni trattamento palliativo.

Nelle bambine la vulvovaginite per lo più dipende da vermi, grattamento, corpi estranei, o urine irritanti. Occorre prelevare del secreto con l'ansa di platino dietro l'imene, e, se contiene gonococchi, bisogna detergere la parte, convenientemente esposta, due volte al giorno con protargolo al 10 %. Se la secrezione non cessa presto si introdurrà con la pinza un piccolo tampone bagnato di protargolo subito dietro l'imene, senza spingerlo ulteriormente, perchè la parte posteriore della vagina è generalmente sana. Bisogna impedire che le pazienti si grattino durante la notte: è spesso utile somministrare citrato potassico e bromuro per diminuirne l'eccitabilità.

Nelle giovani vergini si tratta di solito di scarso muco, proveniente dalla iperattività delle ghiandole cervicali, poco prima o poco dopo i periodi mestruali. Ciò suole accadere quando le condizioni generali sono depresse, e il trattamento richiesto è appunto quello che tende a migliorare lo stato di salute. Se la secrezione persiste, occorre un esame batteriologico e un esame degli organi pelvici. Una secrezione purulenta può essere indizio di un processo tubercolare.

Nelle nullipare non vergini si tratta per lo più di gonorrea cronica.

Spesso scompare il catarro con un trattamento a domicilio di lavande e pessari, ma ciò non si può sperare se è in causa il gonococco. Quindi è necessario, dopo un paio di settimane di inutile trattamento, di insistere nell'esame degli organi pelvici, ed anche nel caso di reperto batteriologico negativo, e di incerta diagnosi clinica, praticare un intenso trattamento antigonococcico. Naturalmente bisogna prima con ogni cura escludere una tubercolosi degli organi pelvici. In assenza di lesioni intrapelviche, si deve dirigere l'indagine e la terapia sul canale cervicale, sull'uretra, sulle glandole del Bartolini. Bisogna però evitare di aprire l'orificio interno del collo. Se vi è ragione di sospettare che il corpo dell'u-

tero è infetto, per le menorragie o la dismenorrea congestiva, una congrua terapia locale non va omessa. Per la disinfezione del canale cervicale l'A. consiglia la formalina al 10 % (evitare il contatto con la mucosa vaginale e con la cute), o il violetto di genziana, o l'acido picrico, o la ionizzazione con elettrode di zinco.

La leucorrea nelle donne che hanno partorito, e che hanno lacerazioni cervicali va curata in primo luogo con applicazioni medicamentose nel canale cervicale, ed eventualmente con interventi chirurgici (trachelorrafia, amputazione).

Dopo la menopausa bisogna pensare al carcinoma, o ad una vaginite o endometrite piogena, talora da applicazione di pessari. Se, guarita la vaginite con pessari al protargolo, e docce di allume, persiste una secrezione intermittente, probabilmente si tratta di una infezione del corpo dell'utero, eventualmente con piometra; occorre quindi dilatare il collo, praticare opportune irrigazioni endouterine, e drenare la cavità. DORIA.

Sulla anatomia della placenta in condizioni normali e nei rapporti con le intossicazioni gravidiche.

(PAOLO GAIFAMI J. *Folia Gynaecologica*, volume XVI, 1922).

L'A. ha ripreso lo studio delle alterazioni macro- e microscopiche della placenta in condizioni normali e patologiche, specialmente nei riguardi delle intossicazioni gravidiche, utilizzando un larghissimo materiale offertogli dalla Clinica di Roma.

Ricordata la utilità per l'esame macroscopico dello studio sistematico a tutto spessore mediante un rasoio, oltre ai più noti fatti (cosidetti infarti antichi, recenti, epatizzazioni) descrive due formazioni meno conosciute: le cisti intraplacentari e i focolai di dissociazione.

Le cisti intraplacentari sono delle vere e proprie cisti a parete propria ben distinta, risiedono presso la faccia fetale, pure essendone sempre nettamente separate, hanno contenuto limpido filante, dimensioni varie fino a quelle di una noce. Nel maggior numero dei casi si riconoscono come dovute a raccolte formatesi in corrispondenza di setti deciduali.

Tenendo conto solo di quelle di volume superiore a un cece, esse si trovano in 2,5 % delle placente. E il mancato accenno ad esse del più degli AA. è dovuto alla tecnica abitualmente incompleta dell'esame della placenta.

Come focolai di dissociazione sono identificate altre cavità scavate nello spessore della placenta, di volume vario, irregolari nella forma, senza alcuna distinta parete propria macroscopica e senza note speciali microscopiche di essa; talora contengono del sangue, talora appaiono vuote. Non si sono avuti elementi per caratterizzarle come stadi iniziali delle altre lesioni più note; si trovano nel 17 % dei casi, senza alcuna netta prevalenza in questa o quella contingenza clinica. Sembrano tratti di placenta dove sia venuta meno la coesione dei villi; alcune volte sarà solo un fatto traumatico, altre la espressione di una stasi circoscritta intervillosa.

Per gli infarti antichi della faccia materna, gli infarti recenti, le epatizzazioni, e tutte le note forme di passaggio è evidente un progressivo aumento di frequenza, dalle donne sane alle albuminuriche lievi, alle gravi albuminuriche e alla eclamptiche.

La frequenza del reperto di lesioni placentari nelle intossicazioni gravidiche è suggestiva e ben tale da giustificare le discussioni svoltesi circa ai rapporti etiologici fra esse e le malattie materne. Sopratutto il parallelismo è notevole quando si tenga conto non delle lesioni più piccole o marginali, ma di quelle estese e multiple.

Dal lato clinico cioè l'esame macroscopico della placenta merita di essere tenuto in onore, per quando la genesi dei cosidetti infarti sia molto varia (stasi, emorragie, fusioni polivillose, ecc.).

Tuttavia il trovare delle lesioni anche in donne sane, l'aumento di esse in malattie diverse dalle intossicazioni e il non trovarne invece in qualche caso di tossicosi gravidica ci porta a concludere che le lesioni macroscopiche placentari sono bensì predominanti ma non caratteristiche, nè esclusive dei casi di intossicazione gravidica.

Non diversamente che per le alterazioni macroscopiche si deve dire per quelle microscopiche, che hanno tuttavia maggior valore, specialmente per quanto riguarda le modificazioni progressive dell'elemento ectodermico.

Ma anche per esse non si può ritenere necessaria e sufficiente la loro presenza per la patogenesi delle intossicazioni gravidiche. Le lesioni più appariscenti riproducono in proporzioni più estese ciò che già può comparire nelle condizioni normali; è solo differenza di gradi e nemmeno costante.

Mancata la dimostrazione di un elemento specifico anatomico nelle placente delle donne colpite da intossicazione gravidica, ne deriva che la dottrina placentare delle tossicosi gra-

vidiche deve essere meno rigidamente enunciata.

Fondamentale e indiscussa resta la importanza patogenetica in genere dell'elemento placentare che viene in contatto precoce largo continuato col sangue materno e che vi immette senza posa i prodotti delle sue attività cellulari e del suo disfacimento.

Ma per determinare quello squilibrio organico che si palesa colle note manifestazioni cliniche delle varie intossicazioni gravidiche non occorre sempre ammettere un pervertimento nella qualità; basterà talora un eccesso di quantità e talora una deficiente reazione dell'organismo.

A questo proposito l'A. insiste sulla necessità di dare la massima importanza al fattore individuo nella patogenesi delle intossicazioni gravidiche, ricordando le complesse reazioni organiche che lo stato gravidico induce.

Associandosi a quegli AA. che pensano come secondarie alcune delle lesioni macroscopiche placentari (e precisamente per gli infarti recenti, per cui il consenso è presso che unanime), l'A. pensa che possano interpretarsi come in un certo senso secondarie anche alcune delle modificazioni microscopiche del rivestimento epiteliale, ammettendo un potere regolatore sullo sviluppo di esso da parte del sangue materno, il quale come agisce nell'organismo così può agire direttamente per quella parte che è a contatto diretto col sangue intervilloso.

A reazione organica valida corrisponderebbe un potere regolatore sul sincizio, che ne modera la attività formativa; ma se per deficienza nella risposta di questo o quell'organo, forse di una o altra ghiandola a secrezione interna il sincizio non è più inibito nel suo accrescimento, esso acquisterà uno sviluppo tumultuoso e la immissione nel circolo materno della maggiore quantità di esso e dei suoi prodotti provocherebbe l'insorgere dei fenomeni di scompenso che si renderanno manifesti quando siano superate le forze di riserva dell'apparato epatorenale. Si stabilirebbe per tal modo una specie di circolo vizioso, per cui la alterazione placentare sarebbe a un tempo effetto e causa della intossicazione.

Ma, indipendentemente dalle possibili interpretazioni, resta nella sua importanza la dimostrazione della frequenza con cui, macroscopicamente e ancor più microscopicamente, si dimostrano lesioni nelle placente delle donne colpite da intossicazione gravidica.

Profittando del largo materiale preso in esame, l'A. eseguì ricerche collaterali sulle oscillazioni del peso dei feti e degli annessi nelle varie contingenze cliniche.

Risulterebbe evidente la diminuzione del peso medio fetale nelle varie intossicazioni, progressiva secondo la intensità della forma clinica e una diminuzione sensibile ma meno notevole nelle malattie materne varie.

Le oscillazioni del peso degli annessi non sono corrispondenti, cosicchè si avrebbe a parità di peso fetale una massa di placenta maggiore nelle intossicazioni che nelle donne sane

E questa sproporzione, se in parte è relativa, ossia in rapporto con la esistenza di territori placentari fuori funzione, in parte è veramente assoluta.

G. R.

UROLOGIA.

Studio della albuminuria ortostatica per mezzo di grafiche.

(JAMES W. RUSSELL. Quarterly Journal of Medicine, 1923, n. 1).

L'A. ha cercato di fare uno studio più o meno continuativo della secrezione urinaria e del tasso di albumina in alcuni casi di apparente albuminuria ortostatica che ha potuti osservare nell'Ospedale di Birmingham; e di paragonare il loro comportamento in questi rispetti con quello osservato in alcuni casi di nefrite lieve occorsa nei bambini.

Una difficoltà consisteva nella mancanza di un metodo di dosaggio dell'albuminuria di lieve grado. Infatti molte delle urine in esame contenevano quantità di albumina assai inferiori al limite minimo delle graduazioni dell'albuminometro di Esbach; ed il servirsi di termini come «opacità, opacità leggiera» ecc. non giovava.

Anche quando poi l'albumina era dosabile con l'Esbach, le misurazioni non raggiungevano, secondo l'A., la precisione desiderata.

Pertanto occorreva ricercare un nuovo metodo; quello trovato dall'A. raggiunge lo scopo di valutare con approssimativa correttezza la quantità di albumina passata di ora in ora. Si tratta di un metodo *clinico;* ad ogni modo con esso l'A. crede di aver ottenuto delle grafiche fondamentalmente esatte, e di una certa utilità.

Il metodo è simile a quello dell'emoglobinometro di Gowers-Sahli, sostituendo alla gelatina colorata che serve da campione un fluido contenente una «nebulosità campione». L'albumina da misurarsi vien fatta coagulare; e dal numero delle diluizioni necessarie ad eguagliare il campione si trae la misura della quantità di albumina.

Le provette occorrenti sono a fondo piatto, di vetro sottile, lunghe 15 cm., con un calibro di cm. 1,1.

L'unità di misura, pari al campione, è quella che l'A. denomina « unità-albumina ».

Nelle grafiche che l'A. riporta nel suo lavoro la quantità di urina è misurata in cmc., ed il loro contenuto di albumina in unità-albumina.

Dall'esame della estesissima letteratura riguardante l'albuminuria ortostatica risulta che esistono tre principali vedute sulla patogenesi.

Secondo un primo gruppo di scrittori la spiegazione sarebbe meccanica o anatomica (lordosi o altra deformità della colonna vertebrale, che indurrebbe una stasi renale).

Un secondo gruppo di scrittori asserisce che, esista oppur no una lordosi od altra peculiarità anatomica apparentemente responsabile della albuminuria, bisogna però pur sempre invocare l'esistenza di una anormale permeabilità renale per spiegare il fenomeno.

Un terzo gruppo di autori infine riporta la primitiva causa del fenomeno alla circolazione, alterata sia per debolezza cardiaca o per vizio cardiaco, sia per un qualche disturbo vasomotorio; ed il prof. Cushny, nel suo volume sulla secrezione urinaria, appoggia questa opinione.

Nei casi da lui studiati, l'A. non ha osservato nulla che gli suggerisse il concetto che la debolezza cardiaca avesse parte nel causare l'albuminuria; ed a lui sembra difficile il sostenere una spiegazione puramente circolatoria.

Egli è pertanto d'accordo con gli autori del secondo gruppo.

Egli nota inoltre che esiste generalmente la tendenza ad aggruppare i casi di albuminuria ortostatica in nefritici e non nefritici.

Sperimentalmente nei conigli si è potuta ottenere l'albuminuria mediante la lordosi.

Spesso clinicamente esiste una associazione fra lordosi ed albuminuria ortostatica. L'A. anzi ha voluto esperimentare su sè stesso; egli è rimasto ripetutamente il più a lungo possibile nella posizione di massima lordosi, senza però poter mai ottenere l'albuminuria.

Notevole il fatto che nei casi riportati dall'A. (nefritici e non nefritici) la stazione eretta con piegamento in avanti sopprime costantemente l'albuminuria.

L'A. ha cercato di radunare per un periodo di tempo di circa due anni e mezzo quanti più casi ha potuto di cosidetta albuminuria ortostatica, ma molti di questi non hanno retto alla critica; ed anche i sette casi che l'A. riporta presentano, qual più qual meno, un qualche segno che dà adito al sospetto di una lesione renale sia pure lievissima.

Sembra che nei casi nefritici occorra, per produrre l'albuminuria, una stazione eretta più prolungata che non nei casi di albuminuria ortostatica non nefritica.

È questo un fatto apparentemente contraddittorio con ciò che sarebbe da attendersi, ma è un fatto ripetutamente accertato. Ad esso l'A. non crede di saper dare una spiegazione adeguata ma tuttavia insiste nell'attribuirvi notevole importanza per la distinzione fra i casi nefritici e quelli non nefritici.

Le conclusioni alle quali l'A. arriva al termine del suo lavoro, si possono così raggruppare:

1) Sembra esistere un gruppo di lesioni renali miti, distinte dalle esacerbazioni subacute, e che si rivelano principalmente per la incapacità del rene a sopportare, senza perdita di albumina, i disturbi circolatorî in rapporto con la posizione eretta. L'A. ritiene che l'albuminuria ortostatica appartenga a questo gruppo, sebbene nella sua manifestazione più mite.

2) In nessuno dei casi esaminati l'urina ottenuta nella posizione orizzontale si dimostrò sempre completamente priva di albumina.

3) La cessazione dell'albuminuria nelle ultime ore del giorno (nei pochi casi in cui essa era stata osservata) fu anch'essa variabile nel suo manifestarsi. Tale cessazione non è dovuta (secondo l'A.) all'adattamento alla posizione eretta acquistato durante il giorno; ma la spiegazione del fenomeno non è stata ancora trovata.

4) Esiste un'intima connessione fra la quantità di urina secreta e la quantità di albumina in essa contenuta. Generalmente le due curve hanno direzione inversa, ma le curve dell'albumina sono probabilmente esagerate coll'assumere la posizione eretta. Una diuresi abbondante in generale mette fine all'albuminuria; e ciò anche nella posizione eretta. Quando l'urina è scarsa in modo persistente ed anormale, le due curve perdono qualsiasi rapporto fra di loro.

5) La maggior parte dei casi ha dimostrato un notevole indugio nel responso secretorio alla assunzione di una determinata quantità di liquido.

6) Nei casi indubbiamente nefritici, il responso albuminurico alla posizione eretta non è immediato, tranne che durante le esacerbazioni subacute. Nei casi strettamente « ortostatici » invece, la posizione eretta dà origine prontamente ed invariabilmente alla albuminuria, tranne che durante i periodi di aumento nella diuresi.

ALDO CARDARELLI.

L'anatomia e la chirurgia del trigono.

(H. H. YOUNG e M. B. WESSON).

L'importanza fisiologica del trigono sta nei rapporti di questa parte della parete vescicale con i cosidetti sfinteri vescicali. Il «muscolo trigonale» passando ad arco attraverso la muscolatura dell'orificio vescicale apre lo sfintere. Questi fatti furono constatati con la endoscopia della vescica. Un ostacolo allo svuotamento della vescica, ha per conseguenza una ipertrofia del trogono. Quando si rimuova questo ostacolo, segue una atrofia del trigono. Quando il trigono ipertrofico si contrae divide la vescica in due porzioni e questa non si vuota più completamente.

Il muscolo trigonale è uno strato di fibre muscolari che si trova nella regione del trigono fra la sottomucosa e le tonache muscolari della vescica e che rappresenta la continuazione delle tonache muscolari degli ureteri. La mucosa che ricopre il trigono a differenza di quella che tappezza il resto della vescica è aderente ai tessuti sottostanti di modo che è liscia e così alla fine della minzione non può impegnarsi nell'orificio uretrale interno.

Dagli studi embriologici di Wesson risulta che il muscolo trigonale è di origine mesodermica mentre i due strati muscolari della parete vescicale sono di origine endodermica.

Lo strato di fibre muscolari longitudinali della tonaca muscolare della vescica giunto all'orificio vescicale in parte vi termina e precisamente così si comportano tutte le fibre che rivestono la parete anteriore e parte di quella posteriore. Le altre si portano all'innanzi e al davanti dell'uretra prostatica e si incrociano con quelle del lato opposto formando così una ansa muscolare al davanti dell'uretra.

Un comportamento simile hanno anche alcune fibre dello strato circolare le quali dalla faccia posteriore della vescica passando all'interno dell'anello delle fibre longitudinali con decorso obliquo vanno a formare un'ansa intorno all'uretra di fronte al «veru montanum». Altre fibre muscolari di questo fascio si perdono nella prostata.

Anche il «muscolo trigonale» si continua in basso sulla faccia posteriore dell'uretra fino poco al di là del veru montanum. In rapporto coll'ansa formata dalle fibre longitudinali si rinvengono delle fibre muscolari striate. Procedendo lungo l'uretra esse aumentano sempre più di numero e di lunghezza finchè all'apice della prostata formano un anello completo intorno all'uretra. Questo sistema rappresenta lo sfintere esterno.

Gli AA. concludono che lo sfintere interno è una designazione chirurgica e non una entità anatomica, poichè non è rappresentato che da due fascetti di fibre in dipendenza delle tonache muscolari della vescica che probabilmente vengono stirate dal muscolo trigonale il quale apre così l'orificio vescicale. Ricerche embriologiche e farmacologiche dimostrano che il trigono ha una innervazione differente dal resto della vescica: infatti esso è innervato solo da fibre del simpatico.

Gli AA. hanno poi studiato i movimenti dello sfintere interno dalla vescica per mezzo di un cistoscopio introdotto in fistole soprapubiche e dall'uretra con un uretroscopio. Hanno visto che l'orificio vescicale si apre a forma di triangolo a base inferiore — e che il pavimento del collo si abbassa — questi movimenti gli AA. li attribuiscono a contrazioni del trigono dal rilasciamento delle anse muscolari descritte sopra.

Nella tubercolosi renale lo Young descrisse alcune alterazioni del trigono dovute allo stiramento dell'uretere rigido e sclerosato del lato malato di modo che l'uretere sano viene spostato verso la linea mediana mentre quello leso risale sulla parete vescicale laterale.

In casi più gravi ha visto dietro il legamento interureterico così sollevato formarsi una vera sacca piena di ulcerazioni che sottominavano il trigono e davano luogo a gravissimi disturbi. Tanto che egli in un caso demolì attraverso una cistotomia il legamento interuretico e in un altro riuscì a staccare e a asportare il trigono per le vie naturali e i malati ritrassero giovamento da queste operazioni.

L'ipertrofia del trigono è causa di pollachiuria e spasmo alla fine della minzione. Young ricorda un suo precedente lavoro sul quale si metteva in evidenza il fatto che l'ipertrofia del trigono può simulare un'ipertrofia della prostata. Talora l'ipertrofia del trigono dovuta a un ostacolo allo svuotamento prodotto da una ipertrofia del lobo medio, accentua questo ostacolo formando sulla porzione dorsale dell'orificio vescicale una massa sporgente.

Gli AA. riferiscono infine su 8 casi in alcuni dei quali una ipertrofia del trigono accompagnava e aggravava una ipertrofia del lobo medio e in altri costituiva da sola l'ostacolo allo svuotamento della vescica. In questi casi essi ottennero buoni risultati con la sezione del trigono e del legamento interureterico sia eseguita per le vie naturali col «trigonotomo» sia a vescica aperta.

M. A.

ONCOLOGIA.

Nuove cognizioni intorno al cancro.

(Compiti della Federazione Italiana per la lotta contro il cancro).

(Prof. PIO FOÀ. *Minerva Medica*, 1923, n. 9).

A malgrado di molti progressi fatti nella conoscenza della struttura, e sopra alcune proprietà biologiche nonchè sulla patogenesi del cancro, rimane ancora insoluto il problema fondamentale della causa prima sebbene questo venga sempre più ridotto nei suoi limiti precisi. Parecchi anni fa, vennero da molti studiati certi corpi inclusi nelle cellule cancerigne, sospettati come parassiti. In pari tempo furono proposte teorie che miravano a definire la natura precisa della cellula cancerosa, considerata come l'unità fondamentale del cancro.

Alla teoria delle aberrazioni di sviluppo (Conheim) succedette quella della rottura dell'equilibrio fra epitelio e connettivo (Ribbert) e fallita questa si ricercò la causa determinante dello sviluppo neoplastico in alterazioni morfologiche e biologiche della cellula neoplastica stessa, alterazioni che solo in parte si tradurrebbero in modificazioni di struttura obiettivamente riconoscibili: cariocinesi asimmetrica, anaplasia, cataplasia delle cellule cancerose (Hansemann, Boveri, Hauser). Si pensò pure che le cellule dei tumori a somiglianza con le cellule sessuali, derivassero dal connubio con altri elementi: i dati di fatto su cui poggiavano queste teorie non resistettero però alla critica. E così ben presto si riconobbe che i corpi inclusi nelle cellule cancerose non erano parassiti, ma modificazioni del nucleo e del protoplasma delle cellule cancerose. E così la causa fu ricercata invano fra i miceti, fra i protozoi, fra gli elminti, fra gli acari e discussioni formidabili si accesero pro o contro il *demodex* del Borel, lo *Spiroptera neoplastica* del Fibiger, il *Distomum haematobium* riconosciuti capaci di dar luogo con irritazioni croniche, per nulla specifiche, a neoformazioni anche maligne. Anche i traumi lievi e ripetuti nel medesimo punto eserciterebbero un'azione capace di dar sviluppo ad un tumore: noti sono i tumori che si sviluppano per irritazione cronica della mucosa orale delle indiane use a masticare foglie di una pianta aromatica (*betel*), i cancri uterini in rapporto con i pessari, della bocca con dentiere, del labbro con la pipa, della vescicola biliare con i calcoli. Alle osservazioni cliniche ed ai dati statistici favorevoli all'igiene dei traumi ripetuti, fa riscontro il risultato negativo ottenuto per riprodurre neo plasie con traumi acuti.

Un'altra serie di irritazioni da agenti tossici fu messa in rapporto con la genesi dei tumori, come il ben noto cancro cutaneo degli spazzacamini, quello dei lavoratori di paraffina, il cancro vescicale dei lavoratori di anilina, il cancro dello stomaco in certe popolazioni che fanno uso di droghe irritantii cosidetti cancri arsenicali di Hutchinson, i cancri che si svolgono su cicatrici lupose, o sullo xeroderma pigmentoso, o da eczemi cronici. Neoformazioni simili ai cancroidi della cute, Fischer ottenne con l'iniezione di rosso-scarlatto sotto l'epidermide dell'orecchio dei conigli. Haga ottenne una considerevole iperplasia nello stomaco dei conigli, somministrando per bocca forti dosi di lanolina. Galeotti e Pentimalli con tossine estratte dal corpo di alcuni blastomiceti patogeni, provocarono neoformazioni atipiche nel connettivo ed in diversi tessuti epiteliali. Fibiger col suo cancro da catrame ha superato il valore di quegli esperimenti per aver dato la prova della malignità della neoproduzione ottenuta.

Tutte queste ricerche rappresentano effettivamente un passo innanzi verso la soluzione del formidabile problema dell'etiologia dei tumori, e lo stesso è a dirsi delle ormai ripetute prove della possibilità di produrre un cancro sia nell'uomo, sia negli animali, per l'azione dei raggi X o del radium, somministrati a dose opportuna e per lungo tempo.

Interessanti conclusioni ci portano a fare le esperienze sulla produzione di tumori per mezzo del catrame: da esse risulta che se importa studiare l'elemento canceroso, è utile conoscere anche le reazioni dell'organismo; una medesima causa infatti agendo in condizioni identiche, non provoca il medesimo effetto su tutti gli animali. Esiste diversa recettività, esistono casi di immunità naturale. Il problema però dell'immunità anticancerosa, resta ancora un problema insoluto.

Si è discusso in questi ultimi anni intorno agli stati «precancerosi», ossia degli stati cronici irritativi che sembrano favorire la produzione del cancro, e la teoria della irritazione cronica fu contrapposta alla teoria embrionale ed a quella parassitaria. Fra le alterazioni precancerose hanno importanza i processi cronici infiammatori e le relative conseguenze, specie le cicatrici: l'interpretazione data dai vari autori è diversa; Orth ritiene che nella infiammazione cronica si formi una produzione eterotopica di epitelio, la quale favorisca la formazione del cancro. Riguardo ai rapporti fra ulcera e cancro dello stomaco, essendo il cancro dello stomaco, proveniente da una ulcera, un fatto raro, è ammissibile la esistenza di una predisposizione individuale,

sia per l'ulcera che per il cancro. Orth annovera anche fra le malattie precancerose, la cirrosi epatica e la calcolosi biliare. Da molto tempo si ha l'abitudine di designare col nome di lesioni precarcinomatose, delle alterazioni le quali, come la dermatite e la glossite, sembrano fare il letto del cancro: in realtà 5 su 7 di tali lesioni di benigna apparenza, sono in realtà dei cancri iniziali. Fibiger è riuscito ad ottenere con la «Spiroptera neoplastica», ospite intermediario la «blatta» un cancro, alimentando il ratto con le blatte. La neoformazione consiste in una iperplasia papillomatosa epiteliale, le cui metastasi si localizzano nel polmone in piccolo volume, e nella metastasi non si contiene mai la spiroptera. Le ricerche del Fibiger vanno avvicinate a quelle di altri autori che si sono serviti del cisticerco vescicolare del gatto per ottenere tumori sarcomatosi del fegato. La teoria infettiva dei tumori maligni avrebbe apparentemente trovato un aiuto nei lavori di Peyton Rous sui sarcomi dei polli trapiantabili non solo per innesto, ma anche per iniezione di filtrato del tumore: le esperienze furono riprese dal Pentimalli in Italia, in Francia ed in Giappone. Il tumore si presenta come un sarcoma elastico, rosso grigiastro al taglio, o lardaceo. Produce frequentemente metastasi. Due autori giapponesi, inoculando il tumore di una gallina orientale nera hanno ottenuto un sarcoma melanotico.

Rous, Funk, Pentimalli attribuirono la causa del tumore ad un virus filtrabile di ignota natura, resistente alla disseccazione anche dopo 10 mesi, inattivo dopo i 55°, o dopo il congelamento ed il disgelamento più volte ripetuto, immodificabile con l'azione dei raggi X e del radium, rapidamente distrutto dai disinfettanti energici. È evidente che il tumore di Peyton Rous costituisce un tipo nosografico specialissimo: se per la sua struttura rassomiglia al sarcoma, per i suoi caratteri di trapianto dopo la filtrazione gli danno una individualità propria. Taluno pensa di classificare questo tumore fra i «pseudoncoplasmi infiammatori».

Detto dei più recenti risultati sperimentali, dobbiamo porci il quesito se cancri di uomini e di animali siano la medesima malattia. Oggidì bisogna ammettere che il cancro degli animali è essenzialmente identico a quello dell'uomo. Pochi chiarimenti ha dato la questione del sesso: le statistiche globali non accennano al predominio dei tumori maligni nella femmina, mentre ciò tende a verificarsi nella specie umana.

Quanto all'influenza che esercitano i parassiti animali, si ritiene da alcuni che essi agiscano per eliminazione di sostanze chimiche. Parecchi ricercatori hanno dimostrato che lo studio del cancro negli animali non ha dato alcun appoggio alla dottrina della contagiosità dei tumori. Il complesso delle esperienze fatte coi trapianti, dimostrano che i tumori spontanei sono specifici pel portatore, cioè essi non devono la loro origine ad influenza venuta di fuori. Il cancro sperimentale ha provato la realtà di due punti di importanza capitale: la neoplasia maligna parte da una zona circoscritta e si sviluppa per ragioni inerenti alla individualità del soggetto. Tutto dimostra che il tumore non risulta dalla trasformazione di cellule normali in cellule cancerose, ma unicamente dalla proliferazione delle cellule cancerose inoculate: il tumore da trapianto equivale alla metastasi di un tumore originario: la conclusione più pratica di tali esperienze è che la cura chirurgica, intrapresa in tempo vicino al momento dell'inoculazione evita ogni manifestazione ulteriore. Oggidì la cura del cancro è tutta affidata alla chirurgia ed alla radiologia.

Riguardo all'aumento di frequenza del cancro, dobbiamo dire che il numero dei casi registrati appare aumentato forse anche perchè lo stato civile è meglio tenuto di una volta, forse perchè la diagnosi è più precisa, o perchè un maggior numero di persone raggiunge l'età del cancro. Nè esiste maggior frequenza per certe regioni anatomiche (pelle, utero, fegato) mentre esisterebbe per lo stomaco, intestini, mammelle, lingua. Ancora non si può accertare se questo aumento sia più apparente che reale.

Da respingere è che l'accumulo eventuale dei casi di cancro sia dovuto al contatto, ed anche l'eredità non costituirebbe che una predisposizione trascurabile.

Ma il cancro fa molte vittime: quindi la necessità di considerarlo dal punto di vista sociale. Come esempio valga il fatto che dalle ultime statistiche del comune di Milano, di Venezia, di Torino risultano rispettivamente uno su 16 decessi, uno su 18, uno su 19 per tumore maligno, ed è supponibile, date le eventuali cause di errore, che le cifre siano alquanto inferiori alla realtà. Occorre quindi una rigorosa organizzazione contro il cancro mirante alla diminuzione del numero dei cancri primitivi, eliminando i fattori predisponenti, alla prevenzione delle recidive, ponendo in luce i vantaggi inestimabili della operazione precoce sulla lesione primaria, portando altresì l'attenzione sopra i sintomi «precancerosi» e sulle alterazioni iniziali. MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. FERRANNINI. *Manuale di Semeiologia medica fisica e funzionale.* Un vol. in 8° di 689 pag. con 215 fig. ed una tavola a colori. V. Idelson ed. Napoli, 1923. Prezzo L. 45.

Il giudizio favorevole sul manuale di semeiologia del prof. Ferrannini lo hanno già espresso i medici italiani esaurendone in breve volger d'anni tre edizioni, ciò che dimostra la sua vitalità ed i suoi meriti intrinseci. Dello svelto volumetto del 1913 questa quarta edizione conserva i pregi di ordine, di chiarezza e precisione; la mole di molto accresciuta indica il più vasto campo della semeiologia attuale. Le nuove vedute sulla costituzione, sulle ghiandole endocrine, sul simpatico, i nuovi mezzi di indagine sono tutti trattati a dovere con senso di equilibrio. Nè sono trascurate quelle ricerche le quali, pur non essendo alla portata di ogni medico, debbono essere da ognuno conosciute nella loro tecnica e nel loro significato. Un ricco indice alfabetico dei nomi d'autori che indicano una malattia od un fenomeno morboso dà al lettore il modo di orientarsi nel ginepraio di tale gergo sempre più folto ed ingombrante da cui ormai non possiamo più districarci. Il manuale è anche completato dalla descrizione dei metodi di laboratorio, che spesso nei soliti manuali viene trascurata, sicchè esso può considerarsi come uno specchio fedele della semeiologia attuale.

A. POZZI.

A. ROLLIER. *Heliotherapy.* Oxford Medical Publications, 1923.

In questa bella edizione Inglese adorna di nitidissime figure l'illustre specialista di Leysin ha non solo riunito in lucida sintesi in un unico volume ciò che egli aveva già scritto sul medesimo argomento in molte importanti e ben note pubblicazioni (quali «La Cure du Soleil», «Le pansement Solaire», ecc.) ma vi ha inoltre aggiunto dei capitoli quasi interamente nuovi.

Così ad esempio quello sulla «Base scientifica dell'elioterapia»; quello sulla «Elio-igiene» con particolare riguardo alla «Scuola al sole»; quello sulla «Diagnosi radiologica della tubercolosi osteo-articolare» e sul «Controllo radiografico dei risultati clinici dell'elioterapia».

Nel capitolo poi riguardante l'elioterapia regionale nelle varie localizzazioni della tubercolosi, sono altresì esposte le indicazioni, la tecnica e le controindicazioni dell'elioterapia nella tubercolosi polmonare, con quella prudenza e saggezza clinica che sono doti precipue dell'illustre Autore.

In questo libro il fervore dell'apostolo non è disgiunto dal moderno sano rigorismo scientifico.

ALDO CARDARELLI.

DESSAUER. *Zur Therapie des Karzinoms mit R. str.* Steinkopff ed., Dresda Resid. Strass. — Prezzo L. 5, 1923, fig. 32, pag. 74.

DESSAUER. *Dosierung und Wesen der Rstrahl Wirkung in der Tiefenther.* Steinkopff ed., Dresda Resid. Strass. — Prezzo L. 5, 1923, fig. 7, pag. 69.

Queste due monografie del Dessauer sono destinate ad essere lette e meditate dai radiologi che sono addentro delle complesse questioni della radioterapia profonda.

L'A. tratta in vari capitoli le questioni più interessanti e di attualità della radioterapia profonda: egli infatti passa successivamente in rivista la questione del problema sull'aggressione del carcinoma coi mezzi fisici, la questione dei fenomeni elettrotecnici della radioterapia, le leggi di distribuzione dei raggi X nella materia, e gli ammaestramenti che ne derivano per mettere in pratica i fondamenti fisici necessari alla radioterapia.

Nella seconda monografia la questione del dosaggio fisico, la questione del dosaggio pratico hanno dal Dessauer un interessante svolgimento, e la monografia si chiude con una rivista interessante e con osservazioni originali sull'assorbimento dei raggi, sullo spettro Roentgen, sulla questione dell'azione di raggi molli e duri, e specialmente sul modo come si esplica l'azione dei raggi sulle cellule.

Le due monografie e specialmente la seconda, meno fisica e più biologica, sono largamente raccomandabili ai radiologi.

MILANI E.

HOLZKNECHT. *Dosierungstabelle für die Röntgen-Therapie.* (Franz Deutike, Lipsia e Vienna, 1922. Prezzo lire 7.50).

Le tabelle di dosaggio dell'H. sono ormai alla gran parte dei radiologi note: esse sono dedicate specialmente al radiologo pratico, il quale, ordinate per malattie, potrà trovare riunite in tabelle le tecniche per le varie irradiazioni. Nelle tabelle dell'H. viene tenuto conto della grandezza del campo, della distanza focale, della scintilla equivalente, della fil-

trazione, ecc., e per quanto al radiologo provetto questo schematismo che riunisce in tavole tutta la mole complessa della radioterapia, possa sembrare in taluni punti eccessiva, tuttavia il radiologo che non ha al suo attivo una lunga esperienza di radioterapia, potrà trovare nelle tavole dell'H. una larga base per la pratica delle sue applicazioni.

MILANI E.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il I Convegno dei Medici infortunisti Emiliani.

Il 1° dello scorso mese nella sede della Società Medico-Chirurgica di Bologna ebbe luogo il primo convegno dei Medici Infortunisti Emiliani sotto gli auspici della Federazione Italiana Medici Infortunisti.

Oltre a tutti i Soci della Sezione Emiliana della Federazione, assistevano per la Federazione dell'Ordine dei Medici il prof. SILVAGNI, per la Cassa Nazionale Infortuni il prof. PISENTI, per la Sanità militare il colonnello medico GIANNELLI, per l'Ordine dei Medici di Bologna il dott. NARDI, per l'Associazione Medici Condotti il dott. BERGAMINI, per il Municipio di Bologna il prof. FOLLI. Erano rappresentate inoltre le Ferrovie dello Stato, il Sindacato Emiliano Infortuni, diversi Patronati, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, ecc.

Aderirono con telegrammi il prof. TOVO, presidente della Federazione M. I. da Torino, il presidente della Sezione Toscana, prof. PROSPERI.

Dopo un breve discorso d'occasione del presidente della Sezione Emiliana dott. CIOFFI, fu offerto un diploma di nomina a presidente onorario della Sezione al prof. MORIANI, direttore dell'Istituto di Medicina Legale nella R. Università di Bologna, il quale fu invitato a presiedere i lavori del Congresso.

Nella seduta antimeridiana il prof. BENASSI fa alcune *Considerazioni generali sul meccanismo delle rotture traumatiche indirette dell'aorta.*

Richiamata l'importanza della questione dal punto di vista traumatologico e infortunistico, il referente crede opportuno di discutere anzitutto il significato preciso ed i limiti da assegnarsi alle abituali espressioni di traumatiche e spontanee, di dirette ed indirette, usate fin qui diversamente dai diversi autori a proposito delle rotture aortiche. Crede inoltre opportuno di comprendere in un medesimo studio e le pareti del vaso e le valvole semilunari, perchè funzionalmente esse formano una solo cosa, e risentono entrambe dei cambiamenti di pressione, che costituiscono una delle cause più frequenti e più accreditate di rottura. Fa precedere alla trattazione di queste ultime un sommario esame di quelle lesioni indirette, che si determinano per un'azione esercitata sulle pareti vasali; poscia, venendo alla trattazione di quelle altre lesioni violente, che conseguono alle modificazioni dinamiche nella massa sanguigna, distingue i fenomeni idrodinamici, spesso a torto confusi, e di questi ultimi studia in particolar modo il così detto «colpo d'ariete».

A proposito di un fenomeno paradosso che si verifica in tale meccanismo, avanza una spiegazione propria che diversifica notevolmente da quella dei precedenti autori, basata sul fenomeno del contraccolpo e sulla progressione dei liquidi nelle condutture forzate, a pareti elastiche. Discute i dati sperimentali e, fatta riserva sulla complessità delle condizioni che si verificano in pratica, e sulla combinazione e successione dei varii meccanismi, prospetta le principali evenienza traumatologiche che possono attuarli. Tocca infine dei modi e delle sedi di predilezione delle rotture, in dipendenza della costituzione anatomica delle pareti aortiche. Accenna da ultimo agli esiti, che non sempre sono immediatamente mortali, e ai criteri con cui preesistenti alterazioni vasali sono valutate in tesi di concausalità.

Il dott. VALTANGOLI (Istituto Ortopedico Rizzoli) parla sulla *Eziologia della sindrome metatarso-falangea di Köhler.* Illustra quattro casi della malattia metatarso-falangea di KÖHLER osservati all'Istituto Rizzoli. In tutti e quattro i casi la malattia era localizzata al 2° metatarso ed unilaterale: tutti gli ammalati di sesso femminino ed in età dai 14 ai 30 anni. Radiograficamente rilevabile in tutti il caratteristico quadro: accorciamento del metatarso, appiattimento della faccia articolare, ispessimento della regione metafisaria, profonde alterazioni della struttura ossea; in tre dei casi presenza di corpi mobili endoarticolari, in un caso coesistenza di alluce valgo. La malattia era insorta in due casi dopo un grave trauma riportato dall'ammalata (in un caso caduta in un fossato, nell'altro percossa diretta di un grosso sasso) negli altri due casi la malattia era insorta gradualmente senza che nell'anamnesi esistesse un trauma vero e proprio: però una delle ammalate era per necessità di lavoro sottoposta ad un sopraccarico funzionale notevole essendo obbligata ad una marcia di oltre 10 kilometri giornalieri per recarsi al lavoro, nell'altra esisteva un certo grado di appiattimento della volta plantare ed alluce valgo. Le condizioni generali buone in tutte le ammalate; non speciali malattie pregresse. L'O. in base ai propri casi ritiene che un'origine traumatica della malattia non si possa escludere, sia che il trauma intervenga direttamente producendo una frattura vera e propria dell'epifisi come sarebbe dimostrato dagli esami istologici di KAPPIS, sia che si tratti di un'azione traumatica in senso lato (sopraccarico funzionale, statica anormale del piede, calzatura inadatta, ecc.) che faccia risentire la sua azione sul metatarso anatomicamente e fisiologicamente più esposta a risentirne gli effetti. Con questo non crede che possano escludersi altri eziologici (embolo-micotico di AXHAUSEN, infezioni attenuate, ecc.) essendo d'opinione che si sia di fronte ad un quadro clinico ad eziologia multipla.

Il dott. RIVETTA tratta *dell'influsso della mentalità dell'infortunato sul rapporto fra lesione anatomica e lesione funzionale.* Spesso esiste una notevole sproporzione fra entità della lesione anatomica e la gravità della perdita funzionale, non solo, ma talvolta il difetto di funzione persiste anche quando l'esame elettrico dimostra la ristabilita conducibilità del nervo. Ciò dipende spesso dalla costituzione neuropatica del paziente, dalla sua suggestionabilità e dal timore, migliorando, di perdere il diritto agli assegni, ma spesso è provato semplicemente da una sentenza prognostica troppo assoluta e categorica, pronunciata dal primo medico che lo ha curato. Molti, credendo in modo assoluto, al primo giudizio medico, nulla fanno per riacquistare la funzione ed è per questo che, specialmente negli arti superiori, permangono delle paralisi anche dopo la completa restaurazione del nervo.

Altre volte vediamo paralisi in territori anatomicamente indipendenti dal nervo leso ed allora si tratta o di errore medico (per avere lasciato troppo a lungo un apparecchio contentivo) o di effetto di simulazione ragionata (rarissima) o di simulazione semicosciente. In un caso come nell'altro ed anche nelle contratture, l'intervento dello specialista deve essere precoce per essere efficace, ed estremamente energico, cioè fondato su una diagnosi indubbia.

Concludendo il medico infortunista deve essere assai cauto nell'esprimere il primo giudizio prognostico, specialmente quando si tratta di lesioni nervose periferiche, non dimenticando mai l'influsso che il suo verdetto potrà avere sul contegno del paziente e tenendo sempre il maggior conto possibile delle condizioni neuropsichiche del traumatizzato.

Concause d'incapacità.

Prof. GINO RICCHI. — L'O. premette che non intende trattare il complesso tema delle concause di incapacità, ma dimostra come, dato il principio oggi prevalente sia nella magistratura che nella pratica infortunistica, il sistema corrente di liquidazione non risponde affatto a quanto giudici e periti si propongono.

Detto principio, come è noto, consiste nel non defalcare nell'incapacità globale al lavoro, quel *tot* % che è attribuibile ad una imperfezione fisica preesistente, il fine desiderato, quello di dare all'operaio già minorato press'a poco quanto sarebbe devoluto, per il solo infortunio, ad un operaio normale.

L'O. dimostra quindi con cifre alla mano, come, per un presunto salario normale di L. 20, un individuo minorato del 10 % per un difetto qualsiasi e quindi con un salario di L. 18, prenda, in caso di infortunio che diminuisca la sua capacità al lavoro del solo 5 %, prenda, dice L. 3060, più di un compagno antecedentemente sano che abbia riportato lo stesso infortunio.

Se poi l'incapacità preesistente è maggiore (ad es. del 30 %) la differenza, per uno stesso infortunio, del 5 %, sale a L. 7020. A conti fatti, in questo caso, l'operaio minorato guadagna L. 231 all'anno *più* di prima. E ciò, secondo l'O., è ingiusto ed immorale.

L'errore sta nel non considerare che mentre i due salari (quello dell'operaio sano e quello del minorato) differiscono tra loro del 10-20-30 %, i due indennizzi differiscono soltanto di 10-20-30 unità, cosicchè la somma percepita dal secondo individuo deve essere necessariamente molto maggiore di quella percepita dal primo.

L'O. ricorda infine come negli ultimi infortuni agricoli si possa anche prescindere dalle concause perchè la liquidazione avviene sopra un salario fittizio ed eguale per tutti gli individui di una determinata età, sesso, condizione di famiglia, ecc. Liquidare il solo danno arrecato dall'infortunio sopra il salario intero stabilito dalla legge, è lo stesso che liquidare il danno apportato dalla concausa e dall'infortunio sopra un salario ridotto.

Il prof. SAMAJA (Bologna) comunica intorno al *Criterio del danno definitivo in infortunistica ed alcune modalità della sua liquidazione* formulando il seguente ordine del giorno:

«La Sezione Emiliana della Federazione Medici Infortunisti propone per le eventuali modificazioni della legge sugli infortuni;

che nei danni permanenti industriali con evidente carattere economico, i quali raggiungono e superano il 50 % della massima assicurata, sia autorizzato lo svincolo della somma senza attendere un superfluo giudizio di revisione;

che nelle stesse circostanze per infortuni agricoli debba l'Istituto assicuratore rinunciare al deposito di metà della somma;

che la facoltà di ordinare tale deposito, lasciata ora dagli art. 11 della legge e 111 del Regolamento *ad libitum* dell'Istituto assicuratore, sia deferita in caso d'accordo ai medici delle parti, e se l'accordo non si raggiunge. alla Commissione arbitrale; e debba in ogni modo essere sottoposta a condizioni ben determinate (percentuale, eventuali miglioramenti operativi, ecc.)».

L'assemblea propone che l'ordine del giorno venga discusso insieme alle proposte formulate dal prof. Ricchi in un prossimo convegno formandone argomento di due temi speciali.

Il prof. CIAMPOLINI svolge la sua comunicazione sugli *Invalidi della guerra di fronte alla legge degli infortuni sul lavoro;* che riassume nel seguente ordine del giorno:

«Il Convegno dei medici infortunisti della regione Emiliana;

constatata la mancanza di una legislazione che particolarmente si riferisca agli infortuni del lavoro per gli invalidi di guerra;

tenuto conto che la dottrina delle concause di inabilità, com'è oggi intesa nell'uso comune della Legge degli Infortuni, assume per essi speciale impostazione, allorchè gli effetti delle loro infermità belliche si aggravino in seguito al sommarsi di nuove lesioni da infortunio del lavoro;

e considerando che l'onere di congrui sovrappremi assicurativi potrebbe — in pratica — limitare o ostacolare la loro piena utilizzazione;

fa voti perchè con adatte norme legislative si provveda in proposito come già si è fatto in altre nazioni ».

RIVETTA — CIAMPOLINI.

Il dott. PANZACCHI (Cassa Nazionale Infortuni) si occupa di una *stecca per l'immobilitazione delle dita*. e sulle *dermiti da calcio-cianamide di fronte alla legge infortuni.*

Il dott. ROLI (Ferrovie dello Stato) svolge alcune considerazioni *sulle lesioni da ustione di rame.*

Il dott. SASSI (Oculista) parla *sulla cura del cherato-ipopion dei mietitori.*

Il dott. CIOFFI (Ferrovie dello Stato) presenta un *saggio di statistica infortunistica ferroviaria* corredandola con opportuni quadri grafici da cui risulta l'enorme diminuzione verificatasi negli agenti ferroviari riguardo al numero dei casi e la durata dell'invalidità temporanea nel 1° semestre del corrente anno rispetto ai semestri precedenti. Risponde ad alcune obbiezioni fatte in proposito dal prof. SAMAJA.

Il prof. GIACOMO DOMENICHINI (Modena) presenta le sue comunicazioni:

L'ernia può essere infortunio?

L'origine delle ernie era argomento teorico-scientifico fino a non molto tempo fa, ma la legge infortuni lo fece divenire pratico. Molti scrittori si adoperarono per sciogliere il problema concludendo in modo diverso.

È un argomento importante perchè non sono rare le controversie fra operai e istituti assicuratori. L'autore crede possibile un'ernia da infortunio in operaio anche non predisposto perchè il canale inguinale è un canale virtuale. Quindi sarà difficile, ma non impossibile che i tessuti che sono in contiguità — non in continuità — siano sfiancati in condizioni eccezionali. La più parte degli studiosi però crede necessario esista una predisposizione. La qualcosa non ha importanza perchè fino a che un individuo è predisposto non è ernioso e si potrebbe sempre sostenere che se non era quello sforzo o trauma l'operaio poteva giungere fino alla fine di sua vita senza che divenisse ernioso.

L'ernia infortunio è rarissima e ripete la sua origine da un trauma o più spesso da uno sforzo toraco-addominale straordinario (sorpassante i limiti degli sforzi ordinari del lavoro abituale) che fa rompere l'equilibrio fra fattore dinamico (sforzo) e fattore meccanico (resistenza delle pareti addominali).

Tanto lo Stato di Francia che l'Ufficio imperiale tedesco e tutti coloro che si sono occupati dell'argomento sostengono che la comparsa improvvisa di un'ernia deve provocare vive sofferenze tali da costringere l'operaio ad abbandonare il lavoro e da chiamare il medico.

La misura dell'indennità per ernia traumatica non può essere stabilita *a priori* ma a seconda dei disturbi provocati. In Francia ed in Germania si è arrivati ad una indennità dal 10 al 50 % concludendo questo massimo a chi era costretto a cambiare mestiere.

Anche dello stesso prof. GIACOMO DOMENICHINI è l'altra comunicazione *sul trattamento delle temporanee negli infortuni agricoli.*

Negli infortuni agricoli — a differenza di ciò che avviene negli infortuni industriali — la inabilità temporanea è solo indennizzabile quando è totale e limitatamente per i braccianti.

Due sono le temporanee, come negli infortuni industriali: una prodotta da lesione che non guarisce ma lascia una inabilità permanente parziale superiore al 15 %, e una temporanea data da una lesione che guarisce completamente o lascia una inabilità permanente parziale non superiore al 15 per cento.

La durata dell'indennizzo giornaliero per la prima è limitata a tre mesi; invece per la seconda deve durare fino a che l'operaio resta lontano dal lavoro. Fa quindi meraviglia che un istituto assicuratore compensi le temporanee, qualunque sia la loro durata, con soli tre mesi di indennità.

La indennità giornaliera — dice l'art. 104 Reg. — per inabilità temporanea deve essere concessa per tutti i giorni di durata dell'inabilità stessa, compresi i giorni festivi ed esclusi i primi 10 giorni.

Per mancanza di tempo non potettero essere svolte le altre comunicazioni del prof. CHIESI (Reggio Emilia) *su di un caso di ernia diaframmatica da infortunio — Su di una cisti ematica della milza da infortunio.*

Dott. PANZACCHI. — 70 *fratture della regione malleolare.*

Prof. FORNI (Clinica di S. Orsola). — *Considerazioni sopra un caso di lussazione aperta del radio sul carpo.*

Dott. CIOFFI. — *Nuovo contributo ai rapporti fra malaria e traumi.*

Esse troveranno posto nel volume degli atti.

Il Congresso incarica il presidente di stabilire la data e la sede del prossimo Convegno.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

RADIOLOGIA.

L'artificio della marca opaca nella diagnosi di pericardite adesiva.

Se al dire di Corvisart la diagnosi di pericardite adesiva era così difficile che egli riteneva quasi inutile ai suoi tempi il tentarla, neppure certo oggi può dirsi facile: su ciò si accordano la maggior parte degli AA. anche tra quelli che in tale materia più prestano fede all'indagine radiologica. Prendendo come argomento di studio la pericardite adesiva va anzitutto ricordato che la forma può essere assai varia e silenziosa clinicamente (sinechia limitata all'apice del cuore, ecc.), perfino quando esista una sinfisi completa dei due foglietti. Ma se pur essendo liberi in tutto o in parte i due foglietti sierosi il sacco pericardico è fissato alla gabbia toracica, ai polmoni, al diaframma, ecc., la pompa cardiaca verrà ostacolata fortemente nella sua funzione. Di grande interesse pratico anche per la cura chirurgica è la sinfisi totale anteriore. I radiologi non hanno mancato di studiare allo schermo la mobilità dell'ombra del cuore col variare la posizione, col fargli compiere profonde inspirazioni, ecc., ma esistono cause di errore negli scivolamenti della cute, nella variazione di proiezione tra posizione eretta e inclinata e infine nel fatto (Valenti) che di solito l'ombra cardiaca non si sposta sul lato declive ma verso la parte opposta. Quando poi i segni si fanno non sulla cute ma sullo schermo non si tiene conto degli spostamenti contemporanei della parete toracica anteriore e a ciò supplisce l'A. ponendo sul petto delle marche di piombo in modo che centrando il raggio normale su ciascuna di esse sarà possibile studiare gli spostamenti delle singole sezioni del cuore. Studiando in qual modo mutano i rapporti tra superficie cutanea e scheletro per effetto di quelle manovre con le quali va studiata la mobilità passiva del mediastino l'A. ha veduto che solo la respirazione non induce spostamento della cute del precordio; onde se si fa mutare la posizione del soggetto si deve tener conto nelle diverse posizioni del corpo degli spostamenti respiratori. Del resto con la radiografia a distanza su cui si possono riconoscere le parti toraciche le marche sono superflue ma esse sono necessarie nelle posizioni oblique.

L'A. discutendo le difficoltà che possono riscontrarsi nella diagnosi di sinfisi anteriore crede che in realtà nei casi di mediastino pericardite anteriore adesiva una spostabilità molto ampia dell'ombra cardiaca rispetto alla parete nella direzione dell'asse maggiore del corpo non sembra in alcun modo ammissibile: inoltre anche non provando che il cuore abbia una ampia spostabilità passiva bisogna essere guardinghi per ammettere una sinfisi anteriore giacchè anche malattie extrapericardiche possono portare a una diminuzione della mobilità del cuore. Ma se anche l'esame radiologico in casi di pericardite constatata clinicamente è negativo la prognosi deve essere riservata giacchè le aderenze lasse oggi potranno dare domani retrazioni e sclerosi.

(P. G. C. Palmieri. *Radiologia medica*, dicembre 1922).

MILANI E.

La diagnosi radiologica dell'aortite cronica.

In realtà oggi assai più che le variazioni volumetriche è interessante essere informati sulle variazioni qualitative funzionali ed anatomiche dell'aorta. Normalmente l'aorta allo schermo è nettamente grigia ma il suo contorno è ben visibile e il suo profilo si distacca bene sulla chiarezza del polmone e il suo grado di opacità è sempre minore di quello del ventricolo sinistro. Allo stato patologico la tinta dell'aorta si fa più scura come e qualche volta superiore a quella del cuore e vi si possono riconoscere degli addensamenti irregolari: secondo Bordet a seconda dello stato di opacità e visibilità dell'aorta nella sua traversata nello spazio chiaro in obliquo si possono distinguere tre gradi di opacità. L'esame qualitativo dell'aorta ci darà criteri circa i battiti, circa l'aspetto dei contorni, circa la flessuosità del vaso, ecc.

Le aortiti si possono distinguere in due gruppi: quelle chiare clinicamente e nelle quali l'esame radiologico completa l'esame clinico; quelle invece ove, pur esistendo i segni subblettivi, non esiste alcun dato obbiettivo per ammettere l'aortite. È appunto in questi casi che l'esame radioscopico ci rivela dei dati interessanti e precisamente un aumento del volume dell'aorta, un aumento più o meno marcato del volume del cuore e un aumento dell' opacità dell' aorta. Ma esiste tutto un gruppo di casi nei quali i segni funzionali sono netti ma i segni fisici oscuri e i segni radiologici incompleti; ma esiste invece come unica modificazione l'aumento dell'opacità dell'aorta. Può esistere infine un quarto gruppo di casi con segni funzionali atipici, con segni

fisici oscuri e con segni radiologici incompleti ma con l'aumento dell'opacità dell'ombra aortica che ci permetterà di porre nettamente la diagnosi di aortite.

(C. M. Leconte. *Presse médicale*, 23 maggio 1923).

MILANI.

I sintomi di intolleranza provocati dalle irradiazioni.

Rolleston (*British med. Journal*, 6 gennaio 1923), espone in uno studio sull'argomento i sintomi che possono verificarsi in seguito all'applicazione dei raggi X e del radio. Nei casi più gravi essi sono rappresentati da nausea, vomito, diarrea sanguinolenta, dolori addominali meteorismo, febbre, profonda prostrazione, abbassamento progressivo della pressione sanguigna, polso piccolo e rapido, dispnea; in pochi giorni può aversi anche la morte. In casi meno gravi si ha: nausea, perdita di appetito, malessere generale ed eventualmente vomito. I sintomi accennati possono comparire poche ore o molti giorni dopo l'applicazione.

Sul meccanismo patogenetico non sono concordi le opinoni; alcuni attribuiscono tali disturbi all'ozono, altri alle cariche elettriche dell'organismo, altri allo choc emoclasico. Per la determinazione dei detti sintomi, concorre molto la cattiva ventilazione della stanza dove si sviluppano l'ozono e l'acido nitroso prodotti dall'apparecchio dei raggi X; si tratterebbe quindi di una acidosi che provoca distruzione cellulare e fenomeni di anafilassi e conseguente intossicazione per le proteine derivanti dalla distruzione cellulare; sono inoltre da tener presenti una possibile idiosincrasia da parte dell'individuo e un grado di precedente intossicazione per altri motivi.

Nella terapia, oltre alla somministrazione di grandi quantità di liquidi, per eliminare le tossine per mezzo della diuresi, è anche utile dare del bicarbonato di sodio per combattere lo stato di acidosi.

fil.

Triade radiologica della sifilide ereditaria.

Secondo José A. Saralegui (*La Prensa Medica Argentina*, n. 29, 20 marzo 1923), nella sifilide ereditaria è costante l'associazione di alterazioni nel sistema cardioaortico, digerente, osseo: questa associazione clinico-radiologica è oltremodo interessante e la predominanza di lesioni nell'uno o nell'altro sistema potrà far prevalere un certo aspetto nel quadro clinico e radiologico. A carico dell'aorta si trova una dilatazione o una conformazione *a casco;* a carico del tubo digerente, variazioni di posizione dello stomaco (obliquità, destroposizione), variazioni a carico del tono e della peristalsi gastrica, spostamento e stiramento del duodeno (periduodenite adesiva cronica), segni di manifestazioni periviscerali specie del cieco (aderenze, alterazioni di forma, alterazioni nella funzione). Il terzo gruppo di lesioni riguarda il sistema osseo e sono il gruppo più costante: in genere non dànno segni clinici e l'apprezzamento è radiografico: esse consistono in segni di periostite sul radio e per ordine di importanza nel cubito, tibia, perone.

Secondo l'A. questa triade radiologica (di cui i due primi punti *in realtà* e specialmente il secondo riguardante il tubo digerente sono assai discutibili come segni patognomonici) dovrebbe occupare il primo posto nell'investigazione della sifilide ereditaria tanto che l'A. lancia il nome di *Wassermann radiografica.*

MILANI E.

ASMA.

L'asma anafilattico.

Ph. Pagniez (*Presse médicale*, 21 luglio 1923), in una rivista sintetica sull'argomento, nota che dall'insieme dei fatti attualmente raccolti, si può concludere non solo per la presenza, ma per la frequenza di un asma di origine anafilattica, che si può definire come una manifestazione allergica caratterizzata da attacchi ricorrenti di dispnea parossistica dovuta a spasmo dei bronchioli e conseguenza dell'esposizione ad una proteina estranea a cui l'individuo è sensibilizzato. L'azione delle proteine si manifesta particolarmente sulle vie respiratorie più che su quelle digerenti o parenterali; ad eccezione del polline, sono soprattutto i prodotti di provenienza animale e specialmente di origine ectodermica che hanno la azione asmogena più importante e frequente.

I fatti più dimostrativi sono quelli in cui la sensibilità è strettamente limitata ad un solo antigene; l'esempio più tipico è l'asma di origine equina. In altri casi però la sensibilizzazione va poco a poco allargandosi, sicchè cause multiple possono esercitare l'azione scatenante; la sensibilizzazione è talvolta così precoce ed indeterminata che rientra fra le idiosincrasie. Spesso, specialmente nei casi a comparsa precoce, esistono nella famiglia fenomeni di ipersensibilità negli ascendenti e nei collaterali. L'ipersensibilità alle proteine, quale è dimostrata dalle cutireazioni, può esistere senza manifestazioni cliniche.

A lato degli asma puri, ve ne sono di quelli intricati, in cui l'ipersensibilità per le protei-

ne non rappresenta che uno degli elementi costitutivi dell'asma; vi sono forme nelle quali all'elemento anafilattico se ne aggiunge uno endocrino o lesionale, di sclerosi od altro, soprattutto polmonare. La preesistenza di un terreno vagotonico forma una questione tuttora non bene precisata, che d'altra parte non dilluciderebbe del tutto la patogenesi. Se quest'ultima non è ancora ben completa, si può però fin d'ora affermare che l'asma da anafilassi costituisce una sindrome clinica bene stabilita, la quale corrisponde a quello più tipico che si è sempre chiamato asma essenziale.

fil.

Psicoterapia causale nell'asma bronchiale.

Secondo E. Moos (*Münch. med. Wochenschr.*, n. 25, 1923) oggi quasi tutti gli autori riconoscono che i fattori psichici rappresentano la causa determinante più importante dell'asma bronchiale.

Tale concezione è importantissima per la terapia che deve essere in primo luogo psichica. Già nella comparsa del primo accesso asmatico risalta di solito chiara l'influenza dei fattori psichici: l'accesso si manifesta in occasione di una sensazione reale di dispnea (sforzo, ambiente affollato, ecc.) oppure per il ricordo dell'accesso asmatico visto in altri, e per il timore e la rappresentazione di esso. Gli accessi successivi poi si manifestano o per l'incosciente desiderio dell'individuo di sottrarsi a lavori o ad obblighi che gli sono molesti, oppure in seguito al ricordo di un precedente accesso, ricordo legato a luoghi, ad epoche ed a situazioni o circostanze esterne, (anche il ricordo di precedenti impressioni sensoriali, in special modo olfattive e gustative).

L'autore riferisce alcuni casi, in cui è chiara la genesi psichica del primo accesso e degli accessi successivi. Dall'esposizione di questi casi risulta evidente la frequenza con cui i pazienti vengono colpiti da un accesso quando vogliono sottrarsi a situazioni critiche o spiacevoli, come pure l'influenza della psiche nel determinismo dei riflessi asmigeni a punto di partenza dalle mucose respiratorie. La psicoanalisi ottiene nella cura dell'asma bronchiale risultati molto superiori a quelli finora ottenuti con qualsiasi altro metodo curativo. La ricerca dei fattori psichici determinanti in ogni singolo caso il primo accesso asmatico e gli accessi successivi è spesso molto laboriosa; essa va fatta con grande pazienza ed accorgimento, perchè costituisce la base di un'efficace psicoterapia. Con la psicoanalisi l'autore è riuscito a guarire molti casi di asma bronchiale, ottenendo persino la regressione dell'eosinofilia del sangue. I rapporti esistenti tra l'asma bronchiale e gli elementi subcoscienti della psiche sono sufficientemente dimostrati dalle reazioni asmatiche che di solito accompagnano, nei primi tempi, la pratica della psicoanalisi in genere.

POLLITZER.

TUBERCOLOSI.

La tubercolino-terapia.

Come osserva G. Goglia (*Folia medica*, 15 luglio 1923), la tubercolino-terapia, pure avendo non pochi oppositori, è da considerarsi come uno dei mezzi più atti a combattere la tubercolosi. Il suo valore terapeutico è ormai indiscusso ed incontrastabile. Trattasi però di un rimedio, che non può essere usato in tutti i tubercolosi, nè somministrato a dosi non bene determinate; va invece usato in determinati casi, escludendo quelli a condizioni generali compromesse, facendo grande attenzione alle dosi, che vanno aumentate gradatamente lasciandosi guidare dalle possibili reazioni. I danni imputati alla tubercolino-terapia sono la conseguenza del malo uso e della poca prudenza nel dosamento.

Sono casi adatti quelli iniziali, le forme fibrose, latenti, larvate, che si rivelano con alterazione dello stato generale; la cura è altresì indicata nelle forme torpide, afebbrili o mediocremente febbrili; in quelle che non progrediscono, come pure nelle tubercolosi laringee, ossee, ghiandolari, articolari, cutanee, genitourinarie, delle sierose. La tubercolina può essere cautamente applicata anche in forme evolutive, tenendo conto più che della lesione anatomica, dello stato generale e della costituzione e capacità di reagire del paziente. Sono da escludersi i pazienti con infezioni secondarie gravi, o soggetti ad emottisi od affetti da malattie organiche (diabete grave, nefriti, ecc.); la mestruazione richiede l'interruzione momentanea. Va inoltre tenuto conto dello stato degli organi endocrini, specialmente in riguardo ad astenia, tachicardia, cefalea, sudori notturni.

La cura va iniziata con piccolissime dosi, tenendo poi conto delle *reazioni* che possono seguire, consistenti in: 1) *sintomi subbiettivi* (anoressia, malessere, cefalea, astenia, insonnia, nausea, dispepsia); 2) *reazioni locali* (rossore, lieve edema, dolore); *reazioni generali* (aumento di temperatura, sudori, crisi nervose e disturbi circolatorii); *reazioni di focolaio* (aumento della tosse e dell'espettorato, attac-

chi congestivi, edematosi, emottoici, pleurici). Gli effetti tossici generali, come stanchezza, dolenzia agli arti, anoressia, hanno lo stesso significato di una reazione termica.

La prima dose, infinitesimale, da ripetersi tre o quattro volte, viene in seguito aumentata cautamente e progressivamente, se non si hanno fenomeni reattivi, fino a toccare la dose limite, variabile secondo i diversi individui. Importante per il successo terapeutico è altresì l'intervallo fra una iniezione e l'altra, che deve essere non minore di cinque giorni. La dose massima va continuata per un paio di mesi, purchè non si manifestino controindicazioni e frapponendo fra le iniezioni un intervallo di una o due settimane. Durante il trattamento l'ammalato deve misurarsi la temperatura almeno quattro volte al giorno.

Il periodo curativo viene diviso di solito in tre o quattro serie di iniezioni, che si espleteranno in due o tre anni, per mantenere allo stesso livello il grado di immunità raggiunto. Tra le serie va intercalato un periodo di riposo di almeno due mesi. La tubercolina va iniettata con una siringa da un cmc. esattamente graduata al decimo; con un preparato analogo alla tubercolina di Koch, l'A. usa una diluizione a 1/20 ed incomincia con l'iniezione di 1/10 od anche di mezzo decimo, progredendo di mezzo o di un decimo. L'ora più opportuna è la mattinata, la regione preferibile è il tessuto cellulare sottocutaneo alle braccia. In caso di interruzione si ricomincia con una dose più debole dell'ultima adoperata, se l'intervallo è di 15-20 giorni, ed invece con dosi tenuissime se sono trascorsi due mesi o più.

fil.

La elioterapia nelle tubercolosi osteo-articolari.

L'elioterapia è utile non solo alle vere osteoartriti, ma anche ai reumatismi tubercolari mono- o poliarticolari. Roederer (*Paris médical*, 14 luglio 1923) osserva però che non bisogna farsi illusioni e chiedere al sole quello che non può dare: qualunque trattamento si applichi, la tubercolosi ossea ed articolare per giungere a guarigione ha bisogno di un lungo tempo di cura. Il sole è un ottimo sussidio terapeutico, ma non rivoluziona nè modifica le leggi dell'abituale trattamento della tubercolosi esterna.

L'immobilizzazione con apparecchi deve essere continuata rigorosamente, adattando il processo di immobilizzazione con opportune modificazioni e fenestrature alla cura solare. Questo principio va rispettato assolutamente nel primo periodo della malattia (primo anno nella coxalgia, nel Pott e nelle gonoartriti; primo semestre nelle altre osteoartriti), a costo di rinunciare alla cura solare. Solo nel secondo periodo si può ricorrere al metodo Rollier (distensione continua su letto duro).

La cura di sole deve essere preceduta da accurato esame clinico (temperatura, respiro, polso, pressione, urine, peso del corpo, costituzione, ecc.) e va sospesa se produce stanchezza, depressione, inappetenza, ecc.

Anche per la tubercolosi esterna l'esposizione deve essere progressiva, ma un po' più sollecita che nei malati interni. Si può seguire lo schema del Rollier:

1° giorno: due sedute di 5 m. sui piedi;

2° giorno: due sedute di 10 m. (dei quali 5 alle gambe);

3° giorno: due sedute di 15 m. (15 ai piedi, 10 alle gambe, 5 alle cosce);

4° giorno: due sedute di 20 m. (20 ai piedi, 15 alle gambe, 10 alle cosce, 5 all'addome);

5° giorno: due sedute di 25 m. (come sopra più 5 m. al torace);

8°-9° giorno: arrivare ad una esposizione toracica di 15 m.

Al 15° giorno affrontare subito il bagno intiero, aumentandone la durata gradualmente fino a 2-4-6 h.

Gli effetti della cura, più la lesione è superficiale, più sono precoci ed intensi. Primi a sparire sono i dolori. Poi la cute della regione malata, di consistenza pastosa ed edematosa, riprende la sua elasticità e sofficità normale.

Le osteo-artriti insolate presentano meno ascessi delle altre: gli ascessi che già vi sono, hanno maggior tendenza a riassorbirsi o a fluidificarsi rapidamente. Negli ascessi già fluidificati con pelle tesa, sottile, rossa, il sole può scongiurare la loro rottura. Se l'ascesso è già aperto, si prosciuga rapidamente ed i seni fistolosi hanno una netta tendenza alla cicatrizzazione.

Nel frattempo oltre lo stato locale, migliora anche lo stato generale e, trascorso il *tempo classico*, di poco diminuito, *la guarigione è frequente*.

Concludendo, la cura solare non abbrevia la durata dell'osteo artrite, ma agisce sugli ascessi e sulle fistole, senza prevenirli, e dà allo stato generale delle risorse per lottare ed ottenere un migliore risultato ortopedico.

Dopo la cura, ricordarsi che il timore della ricaduta è uno dei comandamenti dell'ortopedia e che la lunga pazienza è il primo dovere del malato.

PERSIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulle cellule pigmentate dell'espettorato.

Lo studio degli espettorati e di sezioni di polmoni affetti da varî stati morbosi mette in rilievo quasi sempre la presenza di numerose cellule piuttosto grandi, cariche di pigmento; volgarmente e grossolanamente dette cellule cardiache o dei vizî cardiaci. Tali cellule hanno natura e genesi diverse sia dai polimorfo-nucleari e dai monociti del sangue, sia dalle cellule epiteliali dell'alveolo polmonare ed hanno funzione squisitamente macrofagica. G. Goglia che ne ha fatto uno studio particolare (*La Riforma Medica*, 28 maggio 1923), riconosce che il pigmento in esse incluso è di origine assai varia, per lo più emosiderinico e derivante da congestione attiva e passiva dell'alveolo, spessissimo antracotico e legato alla inspirazione di pulviscolo; raramente è di altra natura (corpuscoli acido-resistenti).

Data la diversa genesi e natura delle cellule e del pigmento incluso, non è scientificamente esatto includerle tutte nella comune denominazione di cellule cardiache; esse invece andrebbero denominate cellule pigmentifere e, con maggior precisione, emosiderofile, antracotiche, ecc.

La ricerca di tali cellule si fa negli strisci di espettorato con le comuni colorazioni (Ziehl-Neelsen, May Grünwald-Giemsa, ecc.); studiando poi la natura del pigmento mediante i metodi istochimici (Sudan III per i grassi ed i lipoidi, ferrocianuro potassico e solfuro ammonico per i pigmenti di natura emoglobinica). *fil.*

Il comportamento degli eosinofili nei prostatici.

Negro ristudia l'argomento da una statistica raccolta nel servizio Civiale (*Journal d'Urologie*, n. 2, tomo XV, 1923).

Da quando Legueu con alcuni lavori suoi e della sua scuola enunciò che nei pazienti affetti da ipertrofia prostatica si riscontrava una eosinofilia del sangue e che nei tumori della prostata sorgeva una polinucleosi neutrofila spiccata, mentre gli eosinofili diminuivano, affermando che si aveva in mano ancora un nuovo criterio semeiologico differenziale, vari autori hanno studiato l'argomento.

Negro asserisce nel suo lavoro che non esistono quelle cause di perturbamento ai dati più sopra esposti ammesse perfino dall'A. oltre che dal controllo di altri: per es. il catetere a permanenza, l'ematuria e la febbre.

Nei suoi pazienti Negro ha notato che l'eosinofilia era sopratutto spiccata (75 %) con le migliorate condizioni generali alla vigilia dell'operazione: si è astenuto dall'operare invece quei pazienti in cui gli eosinofili sono restati normali (1 %-1,3 %).

Quanto all'ipoeosinofilia nel cancro della prostata egli pure ha potuto riscontrarla soltanto nel 45 % dei casi.

In sostanza, non pare che il metodo possa aspirare a entrare nell'uso comune della pratica clinica. A. CASSUTO.

VARIA.

Psicologia del cappello.

Un giornale di Lipsia rileva le interessanti, ma non inoppugnabili osservazioni, del dott. Gross sul modo di portare il cappello. L'originale psicologo individua un carattere onesto ma pedante e meticoloso nell'uomo che porta il copricapo perfettamente a piombo, mentre presume ombroso e diffidente colui che lo porti sulla fronte. Colui che ha in permanenza il cappello all'indietro è un disordinato, negligente nei suoi affari e spesso indebitato, laddove chi lo schiaccia su un lato appare prepotente e provocatore. I migliori caratteri — conclude imperterrito il dott. Gross — si rivelano negli uomini che portano il cappello leggermente inclinato su un lato.

La nostra **SEZIONE MEDICA,** nel Fascicolo 9 (1° settembre) ha pubblicato:

LAVORI ORIGINALI.

I. — T. PONTANO: **Zone cutanee epilettogene ed epilessia riflessa (a proposito di un caso di glioma della frontale ascendente S).**

II. — D. PISANI: **Le reazioni del liquor nella sclerosi a piastre.**

III. — G. SANTANGELO: **Paralisi acuta del nervo Peroneo e del nervo Tibiale destro nel decorso di una Tabe.**

IV. — D. PISANI: **Nuova teoria sul meccanismo di produzione delle reazioni colloidali del liquido cefalo-rachidiano.**

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA.

Sulla via centrale dell' ipoglosso.

La nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** nel fascicolo 9 (15 settembre), ha pubblicato:

LAVORI ORIGINALI.

I. — M. ASCOLI: **Contributo alla conoscenza dell'artrite deformante tubercolare.**

II. — E. CAPORALI: **Angioma cavernoso della parotide.**

III. — G. CARISI: **Sulla via più diretta di accesso all'appendice.**

IV. — O. CIGNOZZI: **Il drenaggio sistematico alla paraffina negli interventi asettici.**

V. — G. TROGU: **Contributo allo studio della patogenesi, diagnosi, cura delle fistole venali.**

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

LV. — Efficacia delle dimissioni dall'ufficio.

In linea di massima — giudicando a proposito di un impiegato del Ministero della Giustizia e degli Affari di Culto — la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 9 febbraio 1923, n. 64, ha stabilito che l'autorità competente ad accettare le dimissioni, alla quale non consta in alcun modo che esse siano state ritirate, legittimamente le accetta e non può essere costretta a revocare il suo provvedimento legittimo se l'atto dal quale risulta la mutata volontà dell'impiegato, per quanto ad essa diretto, non fu presentato in tempo, prima, cioè, che il provvedimento di accettazione fosse emesso.

Rimane fermo il principio che le dimissioni non sono operative di effetti e possono essere ritirate sinchè non siano accettate dall'altra parte: l'accettazione perfeziona l'atto e risolve, irrevocabilmente, il rapporto giuridico di impiego. Da questo principio, non controverso, deriva la conseguenza che anche agli effetti delle ineleggibilità e delle incompatibilità le dimissioni ne eliminano la causa se e nel momento in cui sono accettate e non quando sono presentate.

La dichiarazione di volontà contraria alle dimissioni già date con atto formale non è operativa di effetti, cioè non annulla la precedente manifestazione di volontà, se non giunga all'organo competente prima che questo abbia provveduto legalmente all'accettazione.

LVI. — Aspettativa per motivi di salute.

L'aspettativa per ragioni di salute presuppone che la causa di essa, cioè la infermità o comunque il bisogno di cure e di riposo, continui ad impedire, durante il termine inizialmente stabilito, la riassunzione in servizio; ma se la causa che determinò e rese legittima l'aspettativa venga meno prima del tempo, l'impiegato ha l'obbligo di chiedere la riassunzione per non continuare a godere, illegittimamente, di una aspettativa divenuta senza causa. (In questo senso e da un punto di vista generale ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 13 febbraio 1923, n. 79).

LVII. — La partecipazione al concorso e la impugnativa del relativo bando.

La partecipazione ad un concorso che si ritenga lesivo di un diritto soggettivo [se per es. si sostenga di aver diritto al posto, che è oggetto del concorso, per promozione o per altro titolo] senza presentare eccezioni o riserve, preclude la possibilità giuridica di impugnare il relativo bando dopo l'esito del concorso, avendo il concorrente dimostrato col fatto proprio di avvalersi del bando e, quindi, di accettare la situazione inerente al concorso.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato è costante in questo senso; la IV Sezione l'ha confermata con decisione 23 febbraio 1923, n. 129, e con altra sentenza, 27 febbraio 1923, n. 141, in caso analogo, ha fatto applicazione dello stesso principio generale ad un caso speciale.

LVIII. — Le deliberazioni della Giunta Comunale con i poteri del Consiglio.

Le deliberazioni approvate dalla Giunta Comunale, per oggetti che appartengono alla competenza del Consiglio, sono nulle se manchi l'estremo della urgenza, la quale rende legittima la sostituzione della Giunta al Consiglio — salva, si intende, la ratifica di questo — se corrisponde alle seguenti condizioni: *a*) deve dipendere da causa nuova e posteriore all'ultima adunanza consigliare; *b*) deve essere tale da non permettere la convocazione del Consiglio. Quindi, se la causa della urgenza sia anteriore all'ultima adunanza consigliare o se sia possibile provvedere mediante convocazione straordinaria del Consiglio senza che ne derivi pregiudizio, manca l'estremo della urgenza ed è illegittimo il provvedimento della Giunta comunale deliberato con i poteri del Consiglio. La nullità della deliberazione non può essere sanata dalla successiva ratifica da parte del Consiglio.

In tal senso, rigorosamente conforme alla legge e all'ordine delle attribuzioni, decise la V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 6 aprile 1923, n. 81.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora sul caso Ducrey.

Riceviamo:

On. Direzione del giornale « Il Policlinico »,
ROMA.

Gli Assistenti della R. Clinica Dermosifilopatica di Roma, qui sottoscritti, pregano cotesta Direzione di pubblicare, in risposta all'articolo comparso sull'ultimo numero della « Sezione Pratica », quanto segue:

Essi non intendono entrare in merito alle accuse che a suo tempo furono formulate dai sottoscritti a carico del prof. Ducrey alle competenti Autorità, giacchè tali accuse sono state già, da chi di dovere, giudicate e sanzionate.

I sottoscritti tengono soltanto a far rilevare che non risponde al vero l'asserzione fatta dal suo giornale e cioè che gli Assistenti presentarono le loro accuse, oltrechè ai Ministeri della Pubblica Istruzione e degli Interni, anche al Procuratore del Re del Tribunale di Roma.

A loro perciò non riguarda il fatto che il Giudice Istruttore e il Procuratore del Re di Roma (i quali hanno agito d'Ufficio) non abbiano ravvisato gli estremi dell'azione penale in quanto era stato esposto a carico del prof. Ducrey ai competenti Ministeri.

Lo scopo dei sottoscritti era soltanto quello di far cessare uno stato di cose che nuoceva alla dignità e alla serietà degli studi.

Inoltre tengono a smentire un'altra affermazione contenuta nel « Policlinico » e cioè che il prof. Ducrey abbia rassegnato le dimissioni dal suo Ufficio *durante l'inchiesta*. Queste furono viceversa date *ad inchiesta ultimata* ed ognuno sa che furono *tutt'altro che spontanee;* perciò tutte quelle candide ragioni che avrebbero determinato, secondo l'articolo del « Policlinico » di evidente ispirazione, le dimissioni del prof. Ducrey, cadono di sana pianta, compresa.... la debolezza la quale non si capisce come si concilierebbe con la coscienza di non aver colpe.

Dopo di ciò i sottoscritti, perchè ogni dubbio si dilegui specie in coloro che non sono bene informati, chiedono pubblicamente, come del resto hanno già fatto altre volte persino con un ordine del giorno, che siano resi di pubblica ragione i risultati delle inchieste eseguite dai competenti Ministeri.

Riva dott. Sennen — Vesco Ignazio — Benini Rodolfo — Agostino Marcello — De Bernardis Giovanni — Pantano Alfredo — Carabellese Saverio.

Roma, 10 settembre 1923.

Abbiamo volentieri accolto questa lettera, conforme alla premessa contenuta nel nostro articolo, nella quale ci riservavamo di registrare i fatti che venissero in chiaro.

I firmatari della lettera vogliono far conoscere:

1° che il « Policlinico » abbia errato, scrivendo che il Magistrato abbia agito su loro denuncia.

Prendiamo atto dai firmatari che questi invece è intervenuto d'ufficio.

Ciò non altera nè il contenuto nè la portata della sentenza da noi riassunta nella parte essenziale.

2° che sia da smentire l'affermazione del « Policlinico » *che il prof. Ducrey abbia rassegnato le dimissioni durante l'inchiesta.*

L'affermazione non va smentita, perchè non esiste nel « Policlinico »; emerge anzi dal contesto del nostro articolo che dimissioni furono date in connessione con il procedimento giudiziario, che è venuto dopo le inchieste amministrative, come tutti sanno e più di tutti i firmatari! Non v'è luogo ad equivoco.

Messi a posto i punti controversi, noi ci associamo ai firmatari nel reclamare che « *sieno resi di pubblica ragione i risultati delle inchieste eseguite dai competenti Ministeri* ».

Soltanto la piena luce dei *fatti* può tagliare corto alle dispute tendenziose. A nessuno in attesa conviene, e neanche forse ai firmatari stessi, la disamina dei moventi e delle intenzioni.

Noi restiamo nella serenità di coscienza in cui abbiamo scritto il primo articolo, e, ripetiamo, terremo conto dei fatti nuovi in omaggio alla realtà obbiettiva. Non abbiamo partito preso, se non per la lealtà, la rettitudine ed il bene dell'insegnamento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASALMORANO (*Cremona*). — Medico condotto. Stipendio base L. 6500; cura poveri L. 2000; uff. san. L. 500; trasporto L. 300; c.-v.; aumenti periodici dello stipendio base fino al 50 %. Scad. 30 settemb.

DONIGALA FENUGHEDDA (*Cagliari*). — L. 6000 lorde: scad. 30 sett.

FAENZA. — Ufficiale sanitario. Stip. L. 10,000, più due indenn. c.-v., salvo modifiche per revisione organici. Divieto di esercitare la medicina pratica. Esami presso l'Università di Bologna. Documenti di rito. Chiusura del concorso al 30 settembre 1923. Le domande corredate dai documenti dovranno rimettersi alla Prefettura di Ravenna.

FERRARA. *R. Prefettura*. — A tutto il 15 nov., uff. san.; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, indenn. c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FROSINONE. — Due condotte residenziali. Stipendio 7000 lorde, con quattro aumenti sessennali di un decimo. Assegno di L. 600 per quello che sarà nominato uff. san. Scadenza 30 settembre.

MASSA. *Ospedale Civile*. — Primo medico-chirurgo assistente. Stipendio L. 3,600 nette, vitto e alloggio gratuito, caro viveri di L. 1000, compartecipaz. del 15 % sulle tasse di operazione. Obbligo della guardia a giorni alterni. Documenti di rito; il concorrente deve aver prestato servizio come assistente in ospedale per non meno di due anni. Non è indicata la data della scadenza. L'avviso è in data 4 settembre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. —

Due primari medici specialisti nell'Ospedale per tubercolotici in Garbagnate; L. 7000 oltre indenn. di L. 2000, trasporto quotid. gratuito da Milano. Titoli od esami o titoli ed esami. Prova annuale; nomina e conferme triennali. Esercizio profession. da 8 anni. Età lim. 44. Scad. ore 16 del 17 ottobre.

Medico assistente interno residente per detto Osped.; L. 4500 oltre L. 1000 indenn. resid.; titoli ed esami; prova annuale, nomina e conferme biennali; età lim. 39. Scad. ore 16 del 30 settembre.

Chiedere annunzi alla Direzione Medica.

QUARGENTO (*Alessandria*). — L. 4000 e quinquen.; L. 500 trasp.; L. 500 alloggio. Scad. 30 settembre.

ROANA (*Vicenza*). — Seconda condotta residenziale, con 2785 abitanti agglomerati; 338 sparsi. Stip. 6000; per i primi 1000 poveri, L. 1000; per ogni 100 in più L. 200. Indennità trasporto 3600; caro-viveri; alloggio gratuito. Età massima 45 salvo per quelli già in servizio di condotta. Documenti di rito compresa l'iscrizione all'Albo. Assunzione servizio entro tre mesi. Scadenza 30 settembre.

SORA (*Caserta*). — Condotta residenziale in frazione Carnello. L. 6000 con aumenti di un decimo per ogni quinquennio; cavalcatura L. 1800; c.-v. Scadenza 30 settembre.

S. SEBASTIANO PO (*Torino*). — L. 4000 e quinquenni, L. 500 trasp.; L. 100 alloggio; L. 500 uff. san.; un c.-v. Scad. 30 settembre.

TONCO (*Alessandria*). — L. 4000, trasp. L. 500, U. S. L. 500, c.-v., quinquenni. Scad. 30 settembre.

TRIVENTO (*Campobasso*). — Medico condotto per i poveri. L. *tremila* (!) lorde, con quattro quinquenni del decimo. Documenti di rito compresa iscrizione nell'albo. Accettazione entro otto giorni dalla partecipazione di nomina, assunzione del servizio entro 20 giorni. Scadenza 8 ottobre.

TUORO SUL TRASIMENO (*Perugia*). — Condotta residenziale con preferenza per i provvisti di titoli di chirurgia ed ostetricia; L. 6000 annue per i primi 1500 poveri, oltre a 2 lire per ogni povero in più; quattro quinquenni del decimo; se il numero degli abbienti è inferiore a 300, indenn. di L. 1000. Per U. S., 500; cavalcatura 2000; per servizio chirurgico all'ospedale, quando incomincierà a funzionare, L. 700; caro-viveri. Popolazione 4046 di cui 2898 sparsi, con sei frazioni; superficie ettari 3553. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla nomina. Scadenza 30 settembre.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Re, Velletta ed uniti (Novara), Bagno di Romagna e Verghereto (Forlì), Belforte di Borgotaro (Parma).

Revoca di boicottaggi: Alcamo (Trapani).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al dott. cav. uff. Salvatore Leone è stata conferita la medaglia di argento di benemerito della sanità pubblica per l'opera da lui svolta nella lotta contro il tracoma nella provincia di Siracusa, lotta che da anni svolge con fede di apostolo.

ERRATUM. — Nel fasc. 37, p. 1193, la qualifica del dott. S. Marino va così completata: assistente nella Clinica Medica della R. Università di Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

In onore del prof. Colella.

Nella Clinica delle malattie nervose e mentali di Palermo i giovani allievi dell'illustre prof. Colella, in occasione della lezione di chiusura, vollero attestargli la loro ammirazione e gratitudine offrendogli una medaglia d'oro, un album e fiori. Il laureando Blasco, ricordò l'opera svolta dal Colella, come scienziato e come clinico, degno allievo dell'immortale Charcot. Il laureando Soldano affermò che i giovani furono mossi dall'entusiasmo suscitato dalla sua parola colta, smagliante e dal suo lavoro indefesso.

Il prof. Colella ringraziò del generoso pensiero.

All'insigne clinico è stata anche testè decretata una medaglia di bronzo al merito della sanità pubblica.

Nella ricca produzione scientifica del Colella ci piace ricordare gli studi sui rapporti tra tubercolosi, neuropsicopatie e delinquenza. Di viva attualità è una sua recentissima pubblicazione sulla riforma della scuola in Italia.

T.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso di Medicina interna.

La Segreteria del Congresso ci comunica:

« Sono ancora aperte le iscrizioni per i Medici i quali vogliono partecipare al XXIX Congresso che si terrà in Roma, nei giorni dal 24 al 26 ottobre p. v., presso la R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I, secondo le disposizioni del Comitato organizzatore presieduto dal prof. Vittorio Ascoli.

I temi delle Relazioni sono: 1) *Diabete insipido e ricambio idrico;* 2) *Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle pancreatiti ed infezioni biliari;* oltre una rivista sui «*Progressi della diagnostica e terapia delle Malattie di cuore*».

Per la relazione e discussione sulla *Colelitiasi,* avrà luogo una seduta in comune fra la Società di Medicina interna e la Società di Chirurgia, la quale ultima svolge il suo annuale Congresso negli stessi giorni in cui avrà luogo quello di Medicina.

Coloro i quali intendono presentare comunicazioni al Congresso, devono inviarle alla Segreteria non più tardi del 30 settembre corrente (termine perentorio).

Per le iscrizioni al Congresso, occorre versare la quota individuale di lire quaranta (per le Signore dei Congressisti lire venti), al Tesoriere della Società, cav. Luigi Pozzi, via Sistina, 14 - Roma.

Le Ferrovie dello Stato hanno concesso le riduzioni per i Congressisti e famiglie. Per ottenere siffatte riduzioni, occorre fornirsi della tessera di riconoscimento e del foglio di viaggio che vengono rilasciati dalla Segreteria del Congresso.

Gl'iscritti al Congresso riceveranno, in tempo utile, tutte le altre informazioni che possono occorrere per la partecipazione al Congresso stesso,

e per il loro soggiorno in Roma. Essi, inoltre, hanno diritto a ricevere copia degli Atti del Congresso, i quali verranno stampati subito dopo la chiusura dei lavori.

Per informazioni ed iscrizioni, rivolgersi al Segretario generale del Congresso, prof. Giuseppe Sabatini, presso il R. Istituto di Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Per le onoranze al prof. Leonardo Bianchi.

Le onoranze al grande Maestro della neuropatologia e della psichiatria si faranno in forma solenne al Congresso della Società italiana di neurologia, che si terrà a Napoli. In tale occasione verrà istitutito un premio in neurologia e psichiatria intitolato «Leonardo Bianchi», da costituirsi con sottoscrizioni fra gli estimatori del Maestro. Il Comitato è presieduto dal Rettore dell'Università di Napoli, prof. G. Miranda e conta fra i membri i professori Jemma, Corrado, d'Abundo, Falcone, La Pegna, Grimaldi, Sbordone e Baldi. Le somme vanno inviate non oltre il 30 settembre al comm. E. Palazzi, Economo della R. Università di Napoli.

Operazioni della Cassa Nazionale infortuni.

Durante il primo semestre dell'anno 1923 (40° del suo esercizio) la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro — col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi Secondarie ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno — ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per l'assicurazione degli infortuni nelle industrie detto Istituto ha emesso 41,888 nuove polizze assicuranti altri 550,971 operai; ha inoltre ricevuto 64,703 denuncie di nuovi infortuni, e ha pagato L. 31,378,266.98 di indennità per 60,890 casi di infortunio già denunciati, di cui 320 di morte e 4,443 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denuncia di 43,292 nuovi infortuni e ha pagato L. 10,796,635.25 di indennità per 40,196 casi di infortunio già denunciati, di cui 441 di morte e 2,532 di inabilità permanente.

Inoltre durante il primo semestre del 1923 la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denuncia di 107,995 nuovi casi di infortunio ed ha pagato L. 42,174,902.23 di indennità.

Scuola di Odontoiatria e Protesi dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni dei Medici-Chirurghi al corso annuale 1923-1924, pel conseguimento del diploma di perfezionamento in Odontojatria e Protesi.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti, e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le Malattie della Bocca - Via S. Vitale, n. 59 - Bologna (13), nei locali del quale ha sede la Scuola.

Le lauree scientifiche.

Sono state istituite con Decreto Luogotenenziale dell'ottobre 1917. Si conseguono mediante domanda ad una Facoltà Universitaria specificando la materia in cui il candidato richiede di acquistare una particolare coltura. Occorre indicare almeno tre corsi (materie inerenti alla disciplina scelta) e frequentarli per uno o più anni, a seconda del parere espresso caso per caso dalla Facoltà. Alla fine dei corsi bisogna sostenere gli esami speciali, materia per materia, e superati questi, si è ammessi all'esame di laurea, il quale consiste in una discussione sulla dissertazione a stampa, preparata durante l'anno, in una conferenza pubblica della durata di 30-40 minuti ed in una prova pratica. La Commissione deve essere composta di undici professori e possibilmente presieduta dal Rettore dell'Università. Le tasse da pagare sono quelle per gli uditori oltre a quella di laurea.

La riforma universitaria.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un progetto di riforma degli studî universitari proposto dal ministro sen. Gentile.

Il progetto porta a dividere le Università e gli altri Istituti di studi superiori in tre gruppi: statali, sovvenzionati e liberi; ne stabilisce l'autonomia amministrativa e didattica; assegna loro la facoltà di conferire diplomi accademici, che per l'abilitazione all'esercizio professionale dovranno essere integrati dall'esame di Stato; porta notevoli innovazioni nella nomina e nell'ordinamento del corpo insegnante, ecc.

Per la lotta contro l'alcoolismo.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente, ha approvato uno schema di decreto che limita il numero degli spacci di bevande alcooliche ad uno per ogni 1000 abitanti (eliminando gli esercizi in eccedenza a misura che decadono per la morte dei titolari od altre cause) e riduce l'orario (apertura: non prima delle 10 nei giorni feriali e delle 11 nei giorni festivi; chiusura: non oltre le 23 dal 15 maggio al 31 ottobre, le 22 dal 1° nov. al 14 maggio).

Provvedimenti per i servizi sanitari.

Su proposta dell'on. Ministro dell'Interno sono approvati dal Consiglio parecchi provvedimenti riguardanti la Sanità Pubblica relativamente all'esercizio delle farmacie ed alla vendita al pubblico dei medicinali.

Denuncia della poliomielite anteriore acuta.

In seguito a disposizione Prefettizia, è stata, in data 4 settembre u. s., resa obbligatoria in tutti i Comuni della Provincia di Roma la denuncia dei casi di poliomielite anteriore acuta.

È morto a soli 51 anni di età il cav. uff. dott. ARCANGELO DE FABRITIIS.

Da ventotto anni esercitava in condotta, a Busso (Campobasso), prodigandosi sempre generosamente e sfidando tutti i disagi. Dotato di una bellissima intelligenza fu medico colto e valente, sicchè la sua opera era assai apprezzata anche al di fuori dell'ambito della condotta.

Lottatore, era sempre presente in tutte le riunioni indette per la rivendicazione dei diritti della classe. Era stato membro del Consiglio dell'Ordine dei Sanitarii, membro del Consiglio della Sezione dell'Associazione dei Medici condotti, e componente del Direttorio del Sindacato Medico. Diverse volte fu delegato a rappresentare i Medici della Provincia nei Congressi ed assolse il suo compito sempre con onore.

Ha stampato diverse monografie scentifiche e pratiche. Dotato di una costituzione fisica robusta, nessuno avrebbe sospettata una così immatura fine. Ma l'esercizio professionale, senza tregua e senza riguardi alle sue condizioni morali, depresse dopo la perdita della moglie che egli adorava, gli aveva logorato la forte fibra, da produrgli con grave esaurimento nervoso, imponenti disturbi cardiaci. Dalle colonne di questo giornale che entrambi leggevamo, mando le più affettuose condoglianze ai figli orfani Gigino e Guido, studente di Medicina.

ANTONIO PASCALE.

Si è spento in Villetta-Barrea (Aquila), suo paese natale, a soli 39 anni, il dott. DOMENICO COLANTONI, che da 13 anni prodigava con vera abnegazione e coll'entusiasmo di un apostolato, le cure al sollevamento dei dolori materiali e morali dei suoi concittadini.

Si era laureato a Roma, amatissimo dai Colleghi e stimato dai Maestri. Nell'immane guerra Italo-Austriaca prestò servizio in un Reggimento di Alpini, rimanendo gravemente ferito con mutilazione.

Tornò poi al suo paese, riprendendo con lena maggiore e con rinnovato entusiasmo, la sua missione di carità, che ininterrottamente ha continuato sino a tre giorni prima della sua morte, sebbene si trascinasse con mirabile forza di animo al letto dei suoi malati, stanco ed esaurito dal male che lo minava da mesi.

I suoi funerali, ai quali parteciparono al completo tutti i suoi concittadini ed altri numerosi dei paesi vicini, riuscirono la più pura e più significativa manifestazione di gratitudine; gratitudine sentita verso colui che con segrete e continuate opere di carità, da lui mai rivelate, ma conosciute solo dopo la sua morte, aveva spesa tutta la breve esistenza al lenimento di tante sofferenze.

Alla sua tomba, testè chiusa alle falde della sua montagna natale, vada il saluto riverente di quanti lo conobbero e il memore pensiero dei colleghi che lo ebbero carissimo compagno di Università.

Prof. SERTORIO MARINACCI.

Per infezione contratta nell'adempimento del suo dovere, si è spento a Reggio Emilia, in età di 52 anni, il dott. AURELIO MORATTI, medico condotto del vicino comune di Vezzano sul Crostolo. Benchè colpito dal morbo, volle egualmente prodigarsi verso i suoi malati. Professionista illustre, cittadino esemplare, patriota fervente e sincero, la sua morte ha suscitato grande cordoglio. S.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 1° ottobre 1923 — Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA,
diretto dal prof. P. FIORI.

Sarcoma fibroblastico primitivo della fascia lata.

Dott. LUIGI GOBBI, aiuto.

I tumori primitivi delle aponeurosi propriamente dette cioè a dire delle aponeurosi di resistenza o di contenzione, a giudicare dai pochi casi noti nella letteratura, v'è ragione di considerarli come abbastanza rari. Questo il motivo per cui ho ritenuto non senza interesse l'illustrare un caso nuovo come contributo allo studio di essi.

OSSERVAZIONE PERSONALE. — B. M., di anni 27, celibe, di professione contadino, dimorante a Rolo di Fabbrico, entra in ospedale il 4 aprile 1923.

L'*anamnesi remota*, sia famigliare che personale, nulla rileva di particolare interesse.

Anamnesi prossima. — La malattia attuale, a detta del paziente, avrebbe avuto inizio circa un anno fa. In quell'epoca, casualmente, egli si accorse della presenza, a livello della regione femorale di destra, di una piccola tumefazione, sottocutanea, grossa quanto una nocciuola e indolore, che nè procurava disturbo, nè impediva di attendere alle gravose occupazioni. Essa, durante i primi 7 od 8 mesi, mantenne invariate le sue dimensioni; e solamente 4 o 5 mesi fa il paziente si accorse che andava assumendo volume più notevole e che l'accrescimento procedeva in maniera abbastanza rapida. Impressionato dal fatto, nei primi giorni del marzo u. s., si sottopose a visita del medico curante, il quale ebbe a consigliarli come necessario l'atto operatorio.

Esame obiettivo. — L'esame generale risulta negativo.

La regione femorale appare deformata per la presenza di una tumefazione rotondeggiante del volume di un mandarino. La pelle che la sovrasta appare lievemente distesa, d'aspetto e di colorito normali, mobile e sollevabile in pieghe.

Alla palpazione la tumefazione si presenta bernoccoluta.

Alla palpazione più profonda si può constatare come la detta tumefazione si affondi verso l'imbuto crurale; essa è discretamente mobile sui piani sottostanti in senso laterale, più limitatamente dall'indietro all'avanti. Facendo contrarre i muscoli della regione i movimenti di cui sopra sono ancora possibili sebbene difficoltati.

La tumefazione è irriducibile e non risente di impulso sotto i colpi di tosse.

Diagnosi clinica. — Per il decorso clinico e per i dati rilevati dall'esame obiettivo si ritiene la tumefazione di probabile natura neoplasica.

Per ciò che si riferisce alla *diagnosi di sede*, esclusa la compartecipazione al processo sia della cute che del tessuto cellulare sottocutaneo come quella del piano scheletrico (il tumore è superficiale e mobile), non rimane a prendere in considerazione che un'eventuale origine di esso dalle fascie aponeurotiche o dai muscoli della regione. Contro quest'ultima eventualità depone la funzione dell'arto conservatasi integra, nonchè la mobilità persistente della tumefazione anche a muscoli contratti.

Per esclusione, si arriva così ad ammettere come probabile l'origine del tumore dalle fascie aponeurotiche.

Atto operatorio. — Incisa la cute riesce facile l'isolamento del tumore per quasi tutta la sua superficie inferiore, non presentando essa che aderenze assai lasse con la fascia aponeurotica sottostante. In un suo punto e precisamente in corrispondenza del breve peduncolo, vera base di impianto, il tumore è intimamente aderente alla fascia lata che viene resecata in questa sua piccola porzione allo scopo di liberare la massa neoplastica in ogni sua parte. La recisione del peduncolo provoca modica emorragia venosa.

Si constata come il piano muscolare sottoaponeurotico non compartecipi al processso neoplastico.

Sutura. Decorso post-operatorio regolare. Guarigione.

Esame macroscopico. — Il tumore, ben delimitato, di forma rotondeggiante del volume di un'arancia di media grossezza, del peso di 95 grammi, di consistenza uniformemente dura, a superficie bernoccoluta, è avvolto da una capsula connettivo-fibrosa di vario spessore, di colorito roseo, molto aderente alla massa neoplastica dalla quale non è facilmente isolabile.

Il tumore si mostra resistente al taglio; la superficie di sezione di un colorito biancastro e d'aspetto uniforme; in qualche punto soltanto mostra accennata la delimitazione in lobuli. Qua e là si osserva qualche piccola chiazza emorragica, puntiforme.

Esame microscopico. — L'esame viene praticato su diversi pezzetti asportati in diverse parti del tumore, fissati in alcool assoluto o in formalina al 4 % e inclusi in paraffina, Le sezioni vengono colorate coi metodi comunemente in uso.

Le parti centrali, le più vecchie, della massa neoplastica presentano una struttura fibromatosa: la sostanza fondamentale a tipo fibrillare è abbondante e le cellule connettive sono in numero piuttosto scarso e di forma allungata o affusata. Il nucleo di queste cellule è pure esso allungato e non molto bene tingibile. I vasi abbastanza scarsi.

Portando l'osservazione alle parti più periferiche, vere zone di accrescimento, spicca subito all'evidenza il carattere più o meno manifesto della natura sarcomatosa della neoplasia. Colpisce in modo particolare la variabilità di forma e la ricchezza delle cellule connettive, che appaiono più o meno voluminose, allungate, globose, con nuclei piccoli, ovalari, affusati. In qualche tratto le cellule hanno un aspetto fibroblastico, sono fusiformi e addossate le une alle altre con scarsa sostanza fondamentale interposta. In altri punti le cellule sono irregolarmente tondeggianti con forme di passaggio alla cellula fusata.

Il tessuto connettivo di sostegno risulta formato di fibrille variamene sparse e intrecciate; qua e là sono esse più abbondanti e si riuniscono in fasci che segmentano in varia guisa la massa neoplastica. Queste travate fibroconnettive sono una diretta emanazione del connettivo fibroso che avvolge il neoplasma, incapsulandolo.

Non sono osservabili nè processi infiammatori, nè regressivi, nè focolai di rammollimento nella compagine del tumore.

I vasi, alla periferia, sono discretamente abbondanti e colle caratteristiche strutturali dei vasi capillari.

La capsula, più o meno spessa nei suoi diversi tratti, risulta costituita da fasci di fibre connettive molto stipate le une accanto alle altre e a disposizione circolare. Le cellule connettive sono sparse senza ordine e in discreto numero; lo stesso dicasi per i vasi.

Il peduncolo, appare formato da un connettivo fascicolare adulto in gran parte alterato e perciò mal colorabile; su di esso si impianta direttamente la massa neoplastica. Nello spessore del peduncolo sono pure dimostrabili due vasi venosi di medio calibro a pareti notevolmente ipertrofiche. Essi presentano col tumore dei semplici rapporti di contiguità. Nell'esame di numerose sezioni, infatti, è stato possibile escludere un'eventuale compartecipazione delle pareti dei vasi al processo neoformativo.

Diagnosi istologica. — Sarcoma fibroblastico originato dalla fascia lata.

Senza prendere partitamente in esame i tumori dei muscoli, sulla istogenesi dei quali ancor oggi si discute (se traggano cioè essi origine dalle fibre muscolari [Weber, Förster, Waldeyer, Sokolow, ecc.], o dal tessuto interstiziale [Cornil e Ranvier, Virchow, Morel, Sick, Christiani, Pilliet, ecc.], o dalla membrana aponeurotica di inviluppo), riteniamo nondimeno opportuno rilevare al proposito tutta l'importanza che si vuole attribuire alle aponeurosi come punto di partenza dei sarcomi muscolari, da parte di quegli autori che ammettono l'origine di questi tumori dal tessuto connettivo perifascicolare, ragione questa che spiega ad esempio come certi sarcomi così detti della fascia lata possano venire considerati da alcuni come dei sarcomi originati primitivamente dal connettivo perifascicolare dei muscoli adiacenti e in senso lato come dei sarcomi muscolari.

Neppure ci soffermeremo sui tumori che si sviluppano dalle espansioni aponeurotiche tendinee e che furono assai spesso confusi con quelli delle aponeurosi di contenzione, limitandoci ad osservare come dette espansioni aponeurotiche abbiano il valore più preciso di

aponeurosi di inserzione, non già quello di contenzione; ragione per cui i tumori che le interessano crediamo non debbano venir compresi nel nostro studio. Noi intendiamo trattare quei soltanto dei tumori primitivi delle aponeurosi di resistenza.

Esiste, è vero, una serie abbastanza numerosa di tumori sviluppati in rapporto a regioni provviste di dette aponeurosi, al collo, al braccio, alla coscia, alla regione glutea, inguinale, ecc. (casi di Fabian, Malherbe, Bayer, Zimmermann, Bounel, Falcone, Pulvermacher, Bouilly, Bouet y Mestre, Michon, Lenormant, ecc.), ma per questi l'origine aponeurotica, se anche probabile non è tuttavia sufficientemente dimostrata.

D'altra parte dallo studio dei numerosi casi pubblicati di tumori delle pareti addominali (Nélaton, Suadizini, Després, Graetzer, Gurlt, Rokitanski, Herzog, Weinlchner, Saenger, Labbé e Remy, Ledderhose, Loria, Pernhorst, Hoffmann, Doleris e Mangin, Cramer, Pstrokowski e più recentemente Rendu, Loubry, Pfeiffer, Kartscher, Linmich, Senbeq e Chenot, Müller, Steimberg, Wollin, Omi-Kozo, Massenbacher, Lexer ed altri) non sembra lecito poter trarre quache decisa conclusione, giacchè se appare dubbia per alcuni di essi l'origine dalle lamine aponeurotiche della regione, per altri sembra addirittura doversi rigettare la stessa natura neoplasica. Neppure di questi ultimi verremo ad occuparci.

Le osservazioni più probative sui tumori primitivi delle aponeurosi di contenzione, come ebbi a premettere, si riducono perciò a pochi casi.

Da noi, che mi sappia, è stato Bolognesi per primo ad occuparsi un po' più diffusamente dell'argomento e a portare un pregevole contributo allo studio di questi neoplasmi sulla base di diligenti osservazioni.

Sommano a 16 i casi finora descritti nella aponeurosi profonda della nuca.

Paquet (1878) riferisce su di un tumore dell'aponeurosi palmare in un giovine di 28 anni.

Hellmann (1888) riporta un caso di mixosarcoma della fascia lata, sviluppatosi a livello del triangolo di Scarpa. Treves un caso (riferito da Mauclaire) di tumore dell'aponeurosi plantare.

Ledderhose (1890) descrive un sarcoma fusocellulare, sviluppatosi alle dipendenze della aponeurosi profonda della nuca.

Hammer (1901) un sarcoma gigantocellulare della fascia femorale e Wegener un caso di osteoma della stessa.

Hoffa (citato da Ceccherelli) descrive due piccoli tumori nello stesso individuo sviluppatisi in rapporto dell'aponeurosi plantare; un fibroma e un osteoma.

Massembacher (1913) riferisce su 5 casi di tumori delle aponeurosi (2 dell'avambraccio, due della coscia, e uno del dorso).

Bolognesi (1916) riporta 3 osservazioni: un fibroma ossificante del setto intermuscolare esterno della coscia, un sarcoma gigantocellulare della fascia lata, un fibroma della fascia iliaca.

Lo stesso autore (1920) riferisce poi su di una nuova osservazione di sarcoma a piccole cellule rotonde sviluppatosi probabilmente dal setto interno intermuscolare della coscia.

Dall'esame dei casi surriferiti ci è dato di poter trarre alcune deduzioni anatomo-patologiche e cliniche.

Sono tumori, questi, che si sviluppano a carico della aponeurosi, che colpiscono indifferentemente i due sessi e non mostrano predilezione per l'età; furono osservati in rapporto della regione della nuca, del dorso, degli arti superiori e inferiori. Sembrerebbero, in ordine di frequenza, maggiormente colpite le aponeurosi degli arti inferiori e fra queste in particolar modo la fascia lata.

Sono dei connettivomi e come tali hanno caratteri comuni con quelli della stessa natura che è dato riscontrare in altre parti dell'organismo. Benigni o maligni, sono istologicamente classificabili fra i fibromi, i fibro-sarcomi, i mixosarcomi, gli osteomi i sarcomi puri (globo-cellulari, fuso-cellulari, giganto-cellulari). Di volume variabile; a superficie regolare o non; di forma ovoidale, sferica, a bottone di camicia; di consistenza molle, fluttuante, dura, fibrosa; d'aspetto e di colorito vario. Possono presentare fatti di degenerazione mucosa, ialina, cistica, ecc.

L'evoluzione di questi tumori è assai varia e strettamente legata alla natura benigna o maligna del neoplasma.

Non presentano una sintomatologia caratteristica. Fra i sintomi subiettivi può aversi il dolore che può anche mancare; altri segni obiettivi ci è dato quasi sempre di poter mettere in evidenza mediante l'ispezione e la palpazione che ci danno modo di rilevare l'esistenza della tumefazione e certi caratteri di essa (mobilità, consistenza, ecc.). Possono anche aversi disturbi funzionali da compressione.

La diagnosi non è sempre possibile.

La prognosi dovrà essere posta in relazione alla natura del neoplasma.

Per la cura appare evidente come essa non potrà essere che chirurgica.

***

Dallo studio del caso di nostra osservazione ci è lecito poter concludere:

a) il tumore è primitivo e sviluppato alle dipendenze della fascia lata;

b) dal punto di vista anatomo-patologico può essere definito come un sarcoma fibroblastico;

c) la diagnosi clinica fu possibile ed apparve poi confermata al tavolo operatorio.

BIBLIOGRAFIA.

BOLOGNESI. Rev. de Chir., 1916.
ID. Tumori, anno VII.
HAMMER. Brun's Beiträge, 1901.
HELLMANN. Arch. f. path. Anat., 1888.
LEDDERHOSE. Deutsch. Chir., 1890.
MASSENBACHER. Beitr. z. Klin. Chir., 1913.
PAQUET. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1878.
WEGNER. Deutsch. mediz. Wochenschr., 1901.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

A proposito della cura arsenicale.

Dott. P. F. ZUCCÒLA, primario e docente.

Sono appena di ieri le critiche di Whipple e Robscheit (*Archiv. f. internal Mediz.*, 1921) mosse alla terapia marziale a dimostrare come i preparati oggi in uso non abbiano alcun valore terapeutico manifesto su animali resi artificialmente anemici, e a confermare le vedute di Zahn (*Deutsch. Archiv. f. Klin. Medizin*, 1915) propense a considerare detto metallo come privo di qualsiasi influenza tanto sulla produzione dell'emoglobina quanto sulla rigenerazione delle emazie; sono di pochi anni i lavori di Lichtenstein (*Jahrbuch. f. Kinderheilkunde*, 1918), del Naegeli (*Schweizer med. Wochenschr.*, 1920), dell'Adler (*Schweizer med. Wochenschr.*, 1920), del Lindberg (*Acta med. Scandinavica*, 1920) e dell'anno scorso quelli critici dello Cheinisse (*La Presse méd.*, 1922) concordanti nel concetto che le dosi comunemente impiegate sono assolutamente inefficaci e come non si possano ottenere risultati palesi, in anemie tenaci, recidivanti, se non impiegando dosi triple e quintuple di quelle che vengono abitualmente consigliate dalle singole farmacopee.

Oggi è la volta della medicazione arsenicale che si offre alla critica. Choustrov (*Vratchebnoïe Delo*, 1921) mette in dubbio la sua efficacia terapeutica se non per tutte le anemie, per un buon numero, in qualcuna delle quali, anzi, sarebbe senz'altro sconsigliabile. Essendo un veleno emolitico, il suo impiego sarebbe irrazionale nelle forme che riconoscono la loro origine in un fattore emolitico; come le anemie tubercolari, o secondarie a disturbi gastrointestinali, a elmintiasi, a stati infettivi in genere: poichè quando prevale il potere emolitico sulla formazione degli eritrociti è evidente che il midollo è incapace a colmare il deficit globulare: se quindi si tenta una cura arsenicale si aumenta l'anemia e lo stato di insufficienza degli organi ematopoietici. In caso di anemia da elmintiasi, anche ad espulsione avvenuta del parassita, la cura è controindicata, almeno fino a quando il midollo osseo non abbia avuto tempo di rimettersi. In sostegno della sua tesi riporta due casi di anemia da elmintiasi trattati prima che i parassiti fossero emessi e nei quali ebbe un aggravamento dei sintomi, e quattro altri curati subito dopo l'espulsione in tre dei quali non ebbe miglioramenti. Non altrimenti succede nell'a. p. p. essendo un errore l'attribuire il continuo peggioramento della crasi — non ostante la cura — al decorso fatalmente progressivo della malattia, e quando si hanno remissioni all'efficacia terapeutica; poichè nel primo caso il peggioramento può essere favorito dalla terapia arsenicale e nel secondo la remissione si sarebbe manifestata a malgrado di essa. Al Morawitz il quale afferma che dopo l'introduzione della terapia arsenicale l'evoluzione delle a. p. p. è meno fatale, mentre si osserva un maggior numero di remissioni, obbietta ciò potersi spiegare col progredire delle nostre cognizioni in ematologia e col migliorarsi dei mezzi di investigazione per cui siamo in grado di rilevare le forme iniziali della malattia, quelle che danno un maggior contributo di remissioni. Ma non dice che queste avvengano perchè si è imparato a curarle meglio.

Sulle orme del Choustrov, il Perdtetcheusky (*Vratchebnoïe Delo*, 1922) va ancora più in là e in caso di a. p. p. rinunzia senz'altro alla cura arsenicale.

Entrambi nell'ammetterla o ripudiarla danno una grande importanza alla resistenza globulare: quando questa è aumentata l'arsenico è controindicato, quando al contrario è diminuita ad essa si può ricorrere, mentre quando è normale si può intervenire con maggiore sicurezza quantunque si vada incontro a disillusioni almeno nel 25% dei casi.

Le quali affermazioni, troppo assolute, mi sembra pecchino di esagerato pessimismo. È indubitato che in caso di anemie gravi da botriocefalo — anche se non rivestono ancora il quadro dell'a. p. p. — o da anchilostoma una

cura arsenicale, anche intensa, non sorte i risultati voluti; può anche darsi che una cura intrapresa subito dopo l'espulsione del parassita non dia miglioramenti palesi; ma dall'ammettere questo all'affermare che la cura sia inutile, ed anche nociva, indubbiamente ci corre — almeno fino a quando i concetti sull'azione eritropoietica dell'As. rimangono acquisizioni indubitabili della terapia moderna.

Sarebbe in tal modo il capovolgimento degli omai antichi concetti in proposito del Dujardin-Beaumetz e del Mackenzie i quali ritengono che l'As. possegga un'azione speciale sulla vita delle emazie impedendone la distruzione, del Capelmann che esso non soltanto diminuisca la vulnerabilità degli eritrociti, ma attenui la proprietà emolitica di eventuali tossici emolizzanti; e la riesumazione dell'ipotesi del Biernackì secondo il quale l'As. non determina un'accentuazione dell'ematopoiesi, ma un impoverimento del sangue sia nel numero delle emazie che nel suo residuo secco, in modo da determinare una vera idremia.

Con tutto ciò Allmann (*Wiener. Klin. Wochenschr.*, 1922) e Müller (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1922) permangono partigiani dell'uso dell'arsenico nelle anemie in genere e Neisser (*Die Therapie der gegenwart*, 1922) nell'a. p. p. in ispecie.

Se veramente l'azione dell'As. fosse quella che vogliono sia il Choustrov che il Perdtetcheusky, nel decorso di una cura dovrebbe aversi o una maggiore eliminazione colle orine di urobilina o, nella migliore delle ipotesi, un'eliminazione presso che immutata.

Basandomi appunto su tale considerazione or sono parecchi anni (R. Accad. di Med. di Torino, 1905 e *La Clinica Medica Italiana* 1906) e ancora recentemente (*La Riforma Medica*, 1922) avevo affrontato lo studio dell'argomento partendo dal fatto, appunto, che essendo la quantità di urobilina in relazione colla maggiore o minore emoglobina distrutta, la sua determinazione poteva essere un mezzo utile per valutare il ricambio di essa e un valido mezzo per stabilire l'efficacia della cura. E tale principio avevo applicato nello studiare il modo di comportarsi dell'urobilina eliminata giornalmente in pazienti anemici — da qualsiasi causa dipendesse il loro stato — prima di essere sottoposti a qualsiasi mezzo curativo e quando fossero assoggettati ad una cura arsenicale.

Le mie osservazioni mi avevano permesso di venire alla conclusione che durante la cura si ottiene un notevole abbassamento nella curva rappresentante il quantitativo di urobilina eliminata nelle 24 ore, correlativamente un innalzamento della curva dell'emoglobina, delle emazie e della resistenza globulare e ciò in modo particolarmente spiccato per l'arsenico nei confronti del ferro; di più che con l'As. si otteneva un prevalente aumento delle emazie col ferro un aumento prevalente della sostanza colorante.

Sembrava allora a me di poter spiegare i dati ottenuti ammettendo che non avendosi coll'As. un aumento molto notevole dell'emoglobina ma una diminuzione dell'urobilina, non potendosi invocare una neoproduzione, si dovesse ammettere che questo aumento fosse, se non unicamente, prevalentemente dovuto al maggior risparmio che di essa si faceva, e come a ciò non fosse estranea l'aumentata resistenza globulare nei confronti di quella antecedente alla cura.

E già notavo, allora, come i risultati tanto più evidenti fossero quanto maggiori erano le dosi cui si ricorreva, venendo così alla conclusione che le dosi comunemente in uso erano molte volte inadeguate ai risultati che si volevano conseguire. E ancora notavo come con l'uso dei preparati arsenicali, particolarmente quando si ricorreva a dosi elevate, si determinasse in un primo tempo una maggiore eliminazione di urobilina, adducendo a spiegazione di ciò l'osservazione che poco tempo dopo l'intrapresa cura si ha un aumento delle emazie (dovuto all'immissione in circolo di elementi nuovi, quindi labili) seguito da una diminuzione; e come a questo primo periodo ne seguisse un secondo in cui si ha un nuovo aumento, più lento ma stabile per la comparsa di eritrociti maturi più resistenti. Ciò che spiegava l'osservazione del Biernacki di un'idremia transitoria.

Concludevo le mie ricerche coll'affermare che l'arsenico nei confronti del ferro ha un'azione prevalentemente citogena, aumentando il numero e la resistenza degli eritrociti; che era inoltre un rimedio di risparmio sia coll'impedirne la distruzione, sia col renderli meno vulnerabili alle azioni tossiche emolitiche di qualunque natura esse fossero.

Neppure posso convenire con Choustrov che l'As. sia senz'altro da ripudiarsi nelle anemie secondarie a infezione tubercolare, ed infatti io non ho mai dovuto registrare dei casi nei quali la cura arsenicale abbia determinato un peggioramento della crasi sanguigna o comunque un aumento della quantità di urobilina giornalmente eliminata anche quando si è fatto ricorso a dosi alte secondo le indicazioni di Neisser.

Secondo questo A. (notiamo che esso si riferisce nel suo lavoro unicamente alla terapia

dell'a. p. p.) per ottenere qualche risultato si deve abbandonare il metodo della posologia classica — iniziare con dosi deboli che progressivamente si aumentano per poi ritornare al punto di partenza — ma raccomanda di insistere nell'aumento — anche oltrepassando la dose massima — fino a quando si ottiene un aumento dell'emoglobina, in modo da raggiungere non tanto la dose massima, quanto la *dose efficace* (procedendo in tal modo è giunto da una dose iniziale di 40-60 milligr. di acido arsenioso a 80-100-120-140 e 150 milligr.), raggiunta la quale senz'altro si arresta. Egli afferma che non ostante la sospensione il miglioramento procede ancora; solo quando il tasso dell'emoglobina tende a diminuire, nuovamente lo si deve riprendere somministrando il primo giorno 25-30 milligr., 50 il secondo e 75 il terzo, non occorrendo insistere più di 3-4 giorni su quest'ultima dose per ottenere il massimo dei risultati voluti.

Ad evitare recidive Neisser consiglia — servendo sempre come guida la percentuale emoglobinica — di somministrare ogni settimana od ogni 2-3 settimane 40, 60, 80 milligr. in tre giorni.

La via di somministrazione preferita dal Neisser è l'orale; Klemperer al contrario — pur condividendo il concetto terapeutico — non ammette la superiorità della somministrazione per questa via (*Die Therapie der Gegenwart*, luglio 1922), poichè sia che egli adoperasse il liquore del Fowler, sia che ricorresse all'acido arsenioso (*Die Therapie der Gegenwart*, novembre 1921) ogni qual volta col primo oltrepassava le dosi di XX goccie e col secondo la dose di 50-60 milligr. aveva disturbi tali da dover sospendere la cura. Per ciò egli è partigiano della somministrazione per via ipodermica colla quale si possono raggiungere sempre dosi molto elevate.

Per attenerci sempre all'efficacia dell'arsenico nella cura delle anemie secondarie a malattie infettive credo non inopportuno fin d'ora render noto che in tutte le forme anemiche — anche in quelle secondarie a tubercolosi — da parecchio spingiamo il dosaggio giornaliero dei preparati arsenicali ad altissime dosi sempre con ottimi risultati. Abbiamo però dovuto rifuggire dall'impiego per os per i facili disturbi gastrici cui si andava incontro anche ricorrendo all'espediente di unirli con un veicolo grasso a seconda del consiglio del Weill (incorporare 10 gr. di acido arsenioso al burro e somministrarne 5 milligr. aumentando ogni giorno di 5 fino a raggiungere la dose di 40 milligr. (*Journal de méd. de Lyon*, 1923) per attenerci costantemente all'uso ipodermico del cacodilato sodico, meglio ancora se unito all'arseniato sodico.

La formula alla quale abbiamo ricorso e che ci ha dato sempre ottimi risultati è la seguente:

Cacodilato sodico, grammi cinque.
Arseniato sodico, centigrammi quattro.
Cloretone, centigrammi trenta.
Acqua distillata, grammi venti.

Si incomincia coll'iniettarne mezzo centimetro cubico ed ogni giorno s'aumenta di mezzo fino ad iniettarne complessivamente — dopo 10 giorni — 5 centimetri cubici nella qual dose i continua tre giorni per poi sospendere. (Si giunge così ad iniettare nel decimo giorno 2 gr. di cacodilato di soda e 1 centigr. di arseniato sodico).

Pur riservandoci di ritornare sull'argomento possiamo fin d'ora affermare che anche con dosi così elevate non abbiamo mai ottenuti i risultati disastrosi che Choustrov e Perdtetcheusky nelle loro memorie ci hanno fatto balenare. In molti casi, non dico in tutti, abbiamo ottenuto dei risultati più che buoni non soltanto nello stato generale (gli aumenti del peso oscillarono da un minimo di 3 Kg. ad un massimo di 10 Kg.) ma correlativamente della percentuale emoglobinica e delle emazie (aumenti del 15-25 % per la prima, di 1000000-2000000 per le seconde), mai una diminuzione; se mai, nelle forme avanzate, una stazionarietà dell'una e delle altre.

Ho detto come si siano ottenuti miglioramenti in molti casi, non in tutti, poichè parecchie volte la cura non ha potuto essere proseguita o per la comparsa di riaccensioni febbrili, o per un esaltamento dei fenomeni locali, o per la comparsa di sputi emorragici. In via puramente accidentale avvertirò come il metodo debba avere la sua applicazione particolarmente nelle forme a decorso torpido, in quelle a carattere evolutivo mai molto accentuato; da ripudiarsi senz'altro — e ciò è noto ed ovvio — nelle forme a carattere emorragico. In via generale si può concordare col Neisser essere inutile la fase discendente della cura non dovendo dare soverchia importanza alla minacciata possibilità di accidenti consecutivi alla soppressione brusca del trattamento; ed ancora nell'assicurare che scegliendo la via sottocutanea non abbiamo mai dovuto registrare fenomeni d'intossicazione o d'arsenicismo cronico.

Rimarrebbe piuttosto da considerarsi la decisione del Perdtetcheusky di abbandonare senz'altro la cura arsenicale nell'a. p. p. Ed in verità se stiamo all'esperienza clinica in proposito non dovremmo discostarci molto dal suo

modo di vedere: se non per tutti, almeno per parecchi casi. A questo proposito non è molto ho potuto render noto (*Il Policlinico*, Sezione medica, 1923) alcuni casi di a. p. p. nei quali la cura arsenicale sebbene intensa (ricorrendo anche agli arsenobenzoli e all'arsenico colloidale) non aveva dato risultati o risultati appena apprezzabili mentre risultati più che discreti si erano ottenuti ricorrendo alle trasfusioni sanguigne. Indubbiamente dobbiamo ammettere come molte volte il rimedio manchi al suo scopo, come di per sè non sia sufficiente a risvegliare una funzionalità ematopoietica esaurita; ma con tutto ciò non mi sembra sia senz'altro da rigettare nei confronti di questa lesione, fatalmente infausta, poichè se molte volte riesce di efficacia nulla, forse in altrettante altre ha pure dato risultati non disprezzabili.

Come in ogni cosa quindi, anche nella terapia arsenicale, sono da rifuggirsi i soverchi scetticismi ed i troppo facili entusiasmi.

RIVISTE SINTETICHE.

Il problema dei rapporti fra tubercolosi e gravidanza in Francia

per la dott.ssa CLELIA LOLLINI,
assistente volontaria nel Sanatorio Mangini a Hauteville (Francia).

In questi ultimi tempi il problema dell'influenza della gravidanza sulla tubercolosi e dell'aborto nelle tubercolose gravide è stato ripreso in Francia e da parte di tisiologi e da parte di ostetrici e ha dato luogo a vivaci discussioni in varie accademie mediche e a numerosi articoli su riviste.

Dietro iniziativa di Couvelaire la questione fu portata dinanzi alla Società di Ostetricia e di Ginecologia di Parigi nel dicembre 1921 e nel gennaio 1922: e là si fecero sentire le voci autorevoli di Rist, di Sergent, di Küss: non ancora l'eco della discussione vivace si era spenta quando un articolo di Dumarest e Brette comparso nel giugno 1922 nella *Presse Médicale* e che affermava essere talvolta la gravidanza favorevole alla tubercolosi, mise di nuovo il campo medico a rumore e dette luogo a una interessante discussione durata varie sedute all'Accademia di Medicina di Parigi nel novembre e dicembre 1922: ostetrici e tisiologi di valore, quali Bar, Pinard, Leon Bernard e altri, variamente sostennero l'influenza che lo stato di gravidanza arreca alla tubercolosi, patrocinarono l'intervento in limitati casi o lo rigettarono in modo assoluto, non riuscendo a concretare una linea di condotta; cosa difficile invero, data la complessità e la delicatezza del tema.

Seguiamo un po' diffusamente le opinioni dei vari scienziati francesi, dividendoli, come è uso, in astensionisti e interventisti.

Gli astensionisti. — Il prototipo degli astensionisti francesi è Pinard. In nessun caso egli interrompe la gravidanza in una tubercolosa: egli crede che spesso la gravidanza non aggravi la tubercolosi: è molto difficile stabilire quando l'aggraverà o no: ma ammettere anche solo come principio l'aborto, è aprire la via a una infinità di abusi. Egli sostiene la formula: « Curare la tubercolosi e sorvegliare la gravidanza ». Non si può per la vita della madre sacrificare il feto: il feto è già una vita umana che bisogna rispettare. Ben diversamente pensava il nostro Bossi quando al Congresso della tubercolosi di Roma, del 1912, affermava: « La madre ha diritto alla vita sul feto ».

Rist si schiera con Pinard. Benchè ritenga che la gravidanza complichi in modo gravissimo la tubercolosi, tanto da affermare che « in pratica ogni tubercolosa che diviene gravida o ogni gestante nella quale si sviluppi una tubercolosi polmonare è minacciata di morte a breve scadenza », egli non può ammettere che si ricorra all'aborto. La ragione fondamentale che lo fa essere così reciso è che oggi la diagnosi di tubercolosi si fa con troppa leggerezza. Fin dal 1913 e ultimamente al Congresso della tubercolosi di Strasburgo del giugno di questo anno egli ha sostenuto come molto spesso delle infezioni benigne delle vie aeree superiori, che determinano delle tracheo-bronchiti recidivanti, sono a torto diagnosticate come tubercolosi polmonare: altre volte si tratta di semplici rino-faringiti che producono alterazioni del murmure vescicolare degli apici. Egli così si esprime: « La diagnosi di tubercolosi polmonare è fatta all'ora attuale da molti medici e in tutti i paesi con una leggerezza tale e su criteri così fragili che la proporzione degli errori di diagnosi diventa davvero inquietante. Dare al medico carta bianca in simile materia, autorizzarlo a provocare l'aborto non appena egli suppone la tubercolosi, sarebbe aprire la porta agli abusi più abbominevoli ». Inoltre l'aborto produce effetti disastrosi non meno che il parto e altrettanto l'isterectomia. Rist accetta la formula di Pinard di sorvegliare la gravidanza e curare la tubercolosi. Un metodo di cura efficace egli consiglia là dove sia possibile applicarlo: il pneumotorace terapeutico, che benchè sopprima la funzione di un polmone, non disturba nè l'evoluzione normale della gravidanza nè il parto e salva e la

madre e il bambino. Egli ha in tal modo curate varie tubercolose gravide, con felice risultato.

Leon Bernard sostiene che la gravidanza ha un'influenza dannosa sulla tubercolosi. Nel 1921 egli trovò una percentuale del 18 % di antecedenti gravidici nelle donne tubercolose del suo ospedale parigino, del 24 % nel 1922. Nelle tubercolosi evolutive questo aggravamento si ha fin dalla gravidanza: le tubercolosi latenti non sono in genere risvegliate che dopo il parto. Non si può però affermare che tale influenza sia costante. « Dinanzi a una gravidanza che sopravviene in una tubercolosa esistono presso a poco tanti rischi di aggravamento che possibilità di resistenza ».

La gestazione produce uno stato di anergia: ricerche cliniche e sperimentali di Nobecourt e Paraf hanno dimostrato che le reazioni allergiche dell'organismo tubercolinizzato spesso si modificano durante la gravidanza: anche la reazione alla tubercolina da positiva può divenire negativa verso la fine della gestazione e dopo il parto: ciò dimostra lo stato di anergia che traduce la soppressione dell'immunità acquistata verso il bacillo di Koch.

Ma, chiede Bernard, si ottiene un vantaggio sopprimendo la gravidanza? Egli non lo crede e traccia così la linea di condotta da seguirsi nei diversi casi:

1) nelle forme sclerose localizzate involutive a nessun titolo si penserà all'aborto: curare e sorvegliare durante la gravidanza;

2) nelle forme evolutive caseose:

a) se si è negli ultimi mesi di gravidanza, la questione dell'intervento non si pone;

b) se si è prima della fine del 3° mese, se le lesioni cominciano la loro evoluzione e sono bene localizzate, si può sperare che si arrestino spontaneamente, mentre non si può affermare che l'aborto le arresterà;

c) se le lesioni sono monolaterali, si avrà vantaggio ricorrendo al pneumotorace;

d) se le lesioni sono bilaterali ed evolutive, l'aborto non ne sospenderà l'evoluzione, mentre la gravidanza sorvegliata metterà per lo meno al mondo un bimbo sano.

Bernard così riassume le sue idee: « È meglio per una tubercolosa non divenire gravida: ma quando una tubercolosa è gravida, non è certo che vi sia vantaggio a interrompere la gravidanza ».

Il ragionamento che seguono Dumarest e Brette e che ha suscitato tante vivaci discussioni, pur conducendo allo stesso risultato, cioè all'esclusione in modo assoluto dell'aborto, è differente. Essi sostengono che la gravidanza in qualche caso non è nociva alla tubercolosi, ma anzi può mostrarsi favorevole: e portano a sostegno di questa loro tesi 9 casi nei quali la gravidanza è stata inoffensiva e anche nettamente favorevole. Essi spiegano tale influenza favorevole con la soppressione delle mestruazioni, che hanno un effetto nocivo sulla tubercolosi: producono infatti aumento di temperatura nei giorni che precedono, emottisi, talvolta l'apparizione di segni di congestione polmonare più o meno fugaci. Gli autori emettono l'ipotesi che ciò sia dovuto al riassorbimento più attivo dei prodotti tossici, che provocherebbe mensilmente una specie di riinoculazione dei prodotti bacillari con conseguente ipersensibilizzazione. La gravidanza, sopprimendo le mestruazioni, toglierebbe questa causa di riinoculazione. Questa ipotesi si accorda col fatto che quando vi è aggravazione della tubercolosi, il periodo critico si ha non durante la gravidanza, ma dopo il parto.

Essa porta anche gli autori, seguendo il concetto già esposto da Sabourin, a consigliare alle donne tubercolose l'allattamento, che ritarda il ritorno delle mestruazioni: ma ciò solo in certi casi determinati ad evoluzione nettamente favorevole e senza bacilli nell'espettorazione. Il miglioramento durante la gravidanza si ottiene quasi esclusivamente nelle forme fibrose a evoluzione molto lenta e con conservazione di un buono stato generale, con o senza reazioni mestruali abituali.

Eccezionalmente si può avere nelle forme gravi evolutive caseificanti. Anche Dumarest e Brette sono favorevoli alla creazione di un pneumotorace là dove sia indicato: riportano numerose osservazioni di gravidanza in donne pneumotoracizzate con buoni risultati e per le madri e per i figli. Una cosa essi non ammettono: l'aborto, che molto spesso non salva la madre e uccide sempre il bimbo. Non è vero poi che il figlio del tubercoloso, specie del tubercoloso polmonare fibroso, sia un eredo-tubercoloso: forse egli è invece un immunizzato, che potrà trasmettere a suo turno ai suoi figli le attitudini difensive anche perfezionate, se, come è probabile, incorre in infezioni bacillari e le vince. « È questo fanciullo che è l'agente dell'immunizzazione progressiva della razza. È da questo fanciullo che nascerà, un giorno, alla fine di un conflitto secolare, la discendenza umana alfine definitivamente vittoriosa del bacillo di Koch ».

Seducente concezione, sostenuta in Italia da Sanarelli, che se vera porterebbe spontaneamente alla risoluzione del grave problema della tubercolosi!

Interventisti. — In Francia non esistono degli interventisti assoluti: gli autori che am-

mettono l'aborto, lo ammettono solamente in casi speciali e quindi rientrano nella categoria degli interventisti eclettici.

L'ostetrico Bar è uno dei più attivi difensori dell'intervento in casi ben determinati. Già al Congresso Internazionale della tubercolosi di Roma del 1912 egli se ne fece patrocinatore e ultimamente in articoli e all'Accademia di Medicina di Parigi ha ribattute le sue idee. Egli sostiene che la gravidanza il più delle volte aggrava la tubercolosi: su 420 donne tubercolose entrate nella sua maternità, 60 sono morte e cioè il 15 %.

Nei primi tre mesi della gravidanza si ha un vero adattamento dell'organismo: ma dopo il terzo mese, quando il bimbo incomincia a reclamare di più dalla madre, pur potendosi osservare una vera euforia, si ha aggravamento della tubercolosi: nel terzo dei casi se si tratta di forme fibrose, nei 4/5 se di forme evolutive, in tutti i casi se si hanno caverne bilaterali e lesioni laringee. La causa del peggioramento è la decalcificazione e uno stato di anergia che si constata nella gravida. Con Devraigne egli infatti ha osservato che quando le condizioni polmonari si aggravano in una tubercolosa gravida la reazione alla tubercolina diventa debole o nulla: se si provoca il parto prematuro, la reazione diventa di nuovo positiva. Forse questo stato di anergia è dovuto da una parte al sovraccarico di lipoidi per lesioni epatiche, quali si trovano nelle cavie sottomesse ad esperienza, d'altra parte a decalcificazione.

Non è sempre il caso di intervenire: se la tubercolosi non sembra influenzata dalla gravidanza, la cura igienico-dietetica e il pneumotorace nei casi limitati e unilaterali saranno sufficienti: d'altra parte se la morte sembra certa per lo stato grave, inutile riesce l'interruzione della gravidanza.

Questa si impone invece nei casi nei quali la gravidanza aggrava le condizioni dell'ammalata, che sono invece in sè tali da poter essere curate con buoni risultati. È difficile decidere quando la tubercolosi si aggraverà e quindi legittimerà l'interruzione della gravidanza. Bar, oltre all'esame dei polmoni, dà grande importanza alla cutireazione, che indica lo stato di maggiore o minore allergia: se le lesioni rimangono stazionarie o anche si accentuano leggermente e si ha una forte reazione alla tubercolina, Bar ha la tendenza a far proseguire la gravidanza: ma se pur essendo le lesioni poco gravi, la cutireazione è nulla o debole, egli interviene specie se le lesioni sembrano aver avuto come principio la gravidanza. Certo non bisogna generalizzare. « La donna incinta e tubercolosa esce sempre diminuita dalla gravidanza ».

Come intervento Bar pratica l'aborto nelle donne giovani con lesioni leggere, nelle quali si può sperare una guarigione e quindi la possibilità di una gravidanza normale; l'isterectomia nelle donne anziane che hanno già figli e con lesioni gravi e nelle quali una nuova gravidanza potrebbe far correre seri rischi. In quindici anni egli ha praticato solamente nove aborti, il che dimostra come egli sia riservato per l'intervento: in otto casi la tubercolosi si è arrestata: nelle quindici isterectomie praticate ha ottenuto quattordici risultati favorevoli. Così Bar concludeva all'Accademia di Medicina di Parigi: « L'aborto terapeutico non è che una soluzione di fortuna da applicare in condizioni molto limitate e che disparirà quando la fisioterapia avrà fatto dei progressi e quando la tubercolosi sarà divenuta curabile ».

Anche Sergent è molto cauto riguardo allo intervento. La gravidanza è certo talvolta una condizione di aggravamento della tubercolosi: ma quando la tubercolosi era ben sopportata, non sempre la gravidanza è una circostanza aggravante.

È nelle forme evolutive che la gravidanza dà un vero colpo di frusta all'evoluzione: al 3° mese l'evoluzione si accelera: ma in questi casi non vi è nulla da fare. Talvolta quando la tubercolosi sembrava guarita prima della gravidanza, questa provoca invece dei risvegli gravi della malattia: in questi casi, che invero sono rari, è opportuno ricorrere all'aborto. Sergent non ne ha consigliati che tre e ha ottenuto l'estinzione dei segni evolutivi dopo la interruzione della gravidanza. Egli non crede che si possa dare troppa importanza alla cutireazione che permette di apprezzare la resistenza attuale dell'organismo, ma non quella futura. Non si deve essere nè ottimisti nè pessimisti. È la coscienza medica che deve decidere e giudicare caso per caso.

Küss opina che dal punto di vista clinico l'influenza della gravidanza nelle donne tubercolose è variabilissima: talvolta si ha miglioramento della tubercolosi, miglioramento che continua anche dopo la gravidanza, talvolta aggravamento: in questi casi bisogna ricorrere all'intervento per arginare l'evoluzione della tubercolosi.

Balthazard ha posto nettamente le condizioni nelle quali l'aborto terapeutico è giustificato dal punto di vista medico-legale: 1) quando la madre corre pericolo di vita; 2) quando il pericolo è dovuto alla gravidanza stessa; 3) quando all'aborto segue la guarigione della madre.

Il criterio fondamentale è dunque la minaccia di morte per la madre. È questo criterio che bisogna sforzarsi di determinare e che solo giustifica l'aborto. L'aborto terapeutico non è di dominio dei tribunali più di quello che lo sia un altro atto chirurgico: esso è strettamente di dominio medico.

Anche Brindeau nei casi ben determinati si è mostrato favorevole all'intervento: così pure Jeamin, Metzger.

***

Quali furono le conclusioni che uscirono da questo dibattito così vivace e al quale parteciparono i più illustri tisiologi e ostetrici francesi? Come giustamente affermò Leon Bernard alla fine della discussione all'Accademia di Medicina « da questo dibattito non possono e non debbono essere tirate delle conclusioni, nessuna delle quali sarebbe soddisfacente e sarebbe pericolosa per le ripercussioni a cui potrebbe dar luogo ».

Ma se conclusioni non furono tratte, risultò però che la maggior parte degli scienzati francesi, pur ammettendo che in genere la gravidanza aggrava le condizioni della gestante tubercolosa, si è addimostrata contraria all'aborto. Essa è guidata da varie ragioni quali quella che la diagnosi della tubercolosi è oggi spesso difficile a stabilirsi, che la tubercolosi fibrosa permette generalmente una gravidanza normale, che la tubercolosi evolutiva continua ad aggravarsi anche se si pratica l'aborto: ma soprattutto dal timore dell'abuso dell'aborto a cui si andrebbe incontro. Pinard è giunto ad affermare che non si può per la madre sacrificare il feto.

Pur forse inconscientemente non trapela in questa affermazione la preoccupazione oggi ossessionante per i francesi della depopulazione? Noi italiani dalla numerosa prole, ben sicuri che le nostre donne sane suppliranno alle deficienze delle donne ammalate con una rigogliosa figliuolanza, noi affermiamo con Bossi: « La madre ha diritto alla vita sul feto » Se è delitto sopprimere una vita in germe maggior delitto ancora è perdere una vita adulta che forse poteva salvarsi.

Vi è inoltre da considerare la questione dei figli delle tubercolose. Nascono essi sani o sono dei tarati e dei predisposti e per le condizioni di vita in cui vivono, facilmente cadranno vittima della tubercolosi, non legittimando così il sacrificio della madre?

Vedemmo come Dumarest e Brette abbiano emessa l'ipotesi che i figli delle tubercolose siano anzi più resistenti perchè immunizzati: ciò solo però per i figli delle donne che già avevano dimostrato di sapersi difendere dagli attacchi dei bacilli tubercolari, e cioè di quelle che avevano tendenza a fare una forma fibrosa. Inoltre tali donne in genere sono abacillari o paucibacillari, quindi difficilmente contagianti. È il contagio infatti il pericolo grande.

Oggi infatti dalla maggior parte dei medici è ammesso che i figli dei tubercolosi nascono completamente sani, indenni non solo da tubercolosi, ma da ogni tara: ma, e su questo hanno insistito ultimamente Bernard e Debrè, come tutti i neonati sono sensibilissimi al contagio: bastano talora pochi giorni di convivenza con la madre che espettora bacilli per provocare in loro una tubercolosi che è sempre molto grave. Quindi, per salvarli è necessario allontanarli appena nati dalle madri contagianti: ciò che Bernard realizza con quello che egli chiama la *profilassi prenatale della tubercolosi*. Egli affida le tubercolose gravide a un servizio speciale delle maternità di Parigi: il bimbo è separato dalla madre appena nato: passate le prime settimane, viene inviato alla campagna per essere allattato artificialmente da una contadina: ma rimane sotto la stretta sorveglianza del medico e dell'infermiera che dal centro di allevamento (centre d'élevage) prepara e distribuisce i biberons: l'insieme costituisce un *placement familial pous tous petits*, di cui esistono già parecchi in Francia e che hanno dato ottimi risultati, con una mortalità del 3 %, mentre la mortalità dei neonati che rimangono con la madre infettante è quasi del 100 per cento.

Senza questo insieme di misure di profilassi il sacrificio della madre sarebbe tra l'altro inutile perchè, tanto più si aggraverà la malattia della madre, tanto più facilmente il figlio contrarrà una tubercolosi quasi sempre mortale: e noi perderemo allora e la madre e il figlio.

Questo dibattito rivela come la questione sia complessa e varia e non sia stato possibile risolverla in nessun senso. Una cosa è risultata: il grande interesse che le questioni della tubercolosi provocano tra gli scienziati francesi e lo sforzo che essi fanno per sviluppare l'assistenza e la profilassi di questa grave malattia: e ciò è degno di ammirazione e di esempio.

Sanatorio d'Hauteville, luglio 1923.

BIBLIOGRAFIA.

BOSSI. *Sull'interruzione della gravidanza nelle donne tubercolotiche.* VII Congresso intern. della tubercolosi, Roma, 1912, vol. III, pagina 591.

BAR. *Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose pulmonaire*. VII Congresso della tubercolosi, Roma, 1912. vol. III, pag. 606.

ID. *La tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse*. La Médecine, maggio 1922.

BAR et DEVRAIGNE. *Sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine*. Revue mensuelle d'Obstétrique et de Gynécologie, avril 1915.

BERNARD. *Gestation et tuberculose pulmonaire*. Presse Médicale, 16 nov. 1921.

ID. *Des rélations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité*. Paris Médical, 6 janvier 1923.

ID. *La tuberculose pulmonaire*. Masson e C., Paris, 1921.

BERNARD et DEBRÉ. *Préservation de la tuberculose chez les enfants du premier age*. Paris médical, 1° janvier 1921.

CHIRIÉ et WALTER. *L'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse*. Bulletin médical, 23-26 agosto 1922.

DEBRÉ. *La prophylaxie de la tuberculose à l'âge prescolaire*. Bulletin du Comité Nationale de défense contre la tuberculose, sept-oct. 1922.

DUMAREST et BRETTE. *Grossesse et tuberculose*. Presse Médicale, 21 juin 1922.

NOBECOURT et PARAF. *L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse*. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, nov. 1919.

PINARD. *De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation*. Bulletin médical, 19 juin 1912.

RIST. *Le rôle des méthodes radiologiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début*. Journ. médical français, 15 août 1913.

ID. *Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire*. Presse médicale, 13 juillet 1916.

ID. *Tuberculose et gravidité*. Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 mars 1921, et Revue de la Tuberculose, 1921, n. 4.

RIST, ROLLAND et RAVINA. *Tuberculose pulmonaire pneumothorax artificiel et gravidité*. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 19 nov. 1920.

RIST et AMEUILLE. *Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes*. Revue de la tuberculose, 1923, n. 3.

SABOURIN. *Le mariage des tuberculeux*. Journal des praticiens, 6 septembre 1918.

ID. *Tuberculose et mariage*. La Médicine, mai 1920.

SERGENT. *Etudes cliniques sur la tuberculose*. Maloine, 1920.

ID. Discours à l'Académie de Médecine. Bulletin du décembre 1922.

Discussione alla « Société d'Obstétrique et Gynécologie » nel Bulletin Soc. Obstétrique, n. 1, 1922.

Discussione all'« Académie de Médecine » nei Bulletins de novembre et décembre, 1922.

COMMENTI.

Sulla mia reazione specifica delle urine nelle infezioni peritoneali.

Il dott. Timossi nel breve lavoro pubblicato nella *Minerva Medica* del 1° maggio scorso e riassunto nel fasc. n. 38 di questo periodico, crede, in base ad un limitato numero di casi clinici, di poter distruggere ogni valore specifico alla mia reazione, che per lui non sarebbe che l'esponente di una stercoremia.

Dai resultati esposti ho l'impressione che la reazione non sia stata interpretata al giusto valore, mentre i responsi confermavano fedelmente le mie conclusioni.

Infatti:

1) L'A. chiama negativa la reazione quando il cloroformio non assume il cromogeno. Ciò non è vero: deboli reazioni, pur nette, possono non colorare con evidenza il cloroformio.

2) L'A. ha trovato una R. + dopo celiotomie eseguite per affezioni addominali asettiche. Ho già spiegato come in ogni laparotomia di qualche durata il peritoneo si trovi posto automaticamente in condizioni *di difesa* contro le cause infettive, e pertanto quasi sempre si riscontra immediatamente dopo l'intervento una debole R. +, che *non esisteva prima*.

3) L'A. avrebbe trovato la R. + in casi di occlusione intestinale da briglie e da tumori. Anche in questi casi esiste già un inizio di difesa peritoneale contro un *quid* infettivo che filtra attraverso la sierosa nel punto dell'ostacolo, già prima di ogni perforazione (come si verifica nel tifo, quando le ulcerazioni delle placche sono prossime alla sierosa che appare già arrossata: vera peritonite localizzata. Ho già detto che è frequentissima la R. + a partire dalla 2ª settimana).

Sta il fatto, le mille volte controllato, che in individui con alvo chiuso per 10 e più giorni per grave stipsi, per paresi intestinale semplice, ove la stercoremia può esser anche grave, la R. è assente, mentre è intensa quella dell'indacano e dello scatolo.

Cito in fine l'eventualità frequentissima della comparsa e graduale scomparsa della R. nelle appendiciti che volgono a guarigione senza intervento, con un esempio frequentissimo:

Attacco appendicitico acuto: R. + più o meno intensa all'inizio: alvo aperto (spesso in seguito a purgante). La R. aumenta nei primi giorni (periodo di aggravamento dei fatti locali).

Dopo il 3°-4° giorno, insieme al mitigarsi della flogosi, la R. diminuisce sino a scomparire. Contemporaneamente alvo chiuso, sia spontaneamente che con gli oppiacei.

La *stercoremia* esisteva ad *alvo aperto* ed è scomparsa con 10 o più giorni di alvo chiuso?!

E la R. + subito dopo una lesione traumatica intestinale?

Ho creduto doveroso mettere le cose a posto poichè sarebbe molto male toglier troppo alla leggera ogni fiducia in un sussidio diagnostico così semplice che, applicato con discernimento, ha guidato innumerevoli volte l'azione del chirurgo risparmiando molte esistenze.

Per la tecnica si tenga presente che l'acido nitrico dev'esser puro (senza traccie di acido nitroso) e che deve esser fatto *scorre a goccia a goccia* lungo la provetta contenente l'urina tenuta quasi orizzontalmente.

La lettura va fatta dopo due o tre minuti *non* contro la luce, ma contro una superficie chiara, per incidenza.

La *seconda reazione* (rosea o rosso rubino) si ottiene meglio dopo circa 24 ore, agitando il tutto con uno o due cmc. di cloroformio e centrifugando.

Del resto, ad ovviare che errori di tecnica e false interpretazioni continuino ad avverarsi, pubblicherò fra breve un piccolo manuale sulla reazione in parola, corredato da un sunto della numerosa casuistica, manuale che farà parte della Collana « Memoranda per il Medico Pratico », edita dal *Policlinico*.

Dott. ORESTE SGAMBATI.

Per Agostino Bassi.

Egregio Sig. Direttore,

Il dott. Ingrao, nel fasc. 36 del suo « Policlinico », lamenta che il merito di Agostino Bassi, veramente geniale precursore del Pasteur, sia « obliato dagli stranieri e pur troppo anche in Italia ». Mi permetto rammentare che nel 1902 per solennizzare la promulgazione della legge sulla Pellagra, che sanzionava la teoria patogenetica sostenuta dal Lombroso, questi fece ristampare con gentile iniziativa lo scritto del Bassi intitolato « Discorsi sulla natura e cura della Pellagra », pubblicati sin dal 1846; ma ormai ridotti a pochissimi (2) esemplari conservati in Biblioteche pubbliche: nel qual scritto l'« immortale suo precursore », come il Lombroso chiama il Bassi, « aveva segnata la vera causa e la vera profilassi della pellagra ».

L'opuscolo fu liberalmente inviato in dono dall'editore Bocca a tutti i lettori dell'« Archivio di Psichiatria e Antropologia Criminale »: e costituì una degna celebrazione e rivendicazione del grande lombardo, fatta con nobiltà e generosità d'animo da un altro grande, Cesare Lombroso.

Mi creda con deferenza

Torino. Suo: CARRARA.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

L'importanza del tronco cerebrale per il tono muscolare e per la postura del corpo.

(R. MAGNUS. *D. Med. Wochenschr.*, n. 16, 1923).

Il tono muscolare va perduto se il midollo spinale viene distaccato dalla medulla oblongata; un animale a cui sia stato sezionato il midollo cervicale al suo limite superiore non si regge sulle zampe. La facoltà di reggersi è subordinata alla conservazione dei rapporti tra il midollo e determinati centri dell'oblongata. Sezionando in un mammifero il tronco cerebrale orizzontalmente nel piano del *tentorium cerebelli* si determina in esso uno stato caratteristico, chiamato « rigidità da decerebrazione »: stato caratterizzato da un'ipertonia dei muscoli estensorî o dalla perdita del tono dei flessorî. Questa rigidità da decerebrazione (gli impulsi centripeti vengono dalla muscolatura interessata, i centri sono situati nella porzione caudale dell'oblongata) manca se la sezione viene fatta nella regione del *calamus scriptorius* o più in alto. Negli animali decerebrati è possibile modificare la postura di tutto il corpo (ossia la distribuzione di tono in tutti i muscoli estensori) a seconda della posizione data alla testa. Ciò avviene per mezzo di due specie di riflessi: i riflessi tonici labirintici ed i riflessi tonici del collo. Le posture determinate da questi riflessi negli animali decerebrati corrispondono a quelle di animali normali. Nella maggior parte degli animali si possono dimostrare questi riflessi anche senza decerebrazione; non così nella scimmia, nella quale essi si manifestano solo se è stata abolita la funzionalità degli emisferi (narcosi od operazione), nè nell'uomo in cui essi si rendono manifesti solo in determinate condizioni patologiche (stati spastici da lesioni od affezioni cerebrali). La rigidità da decerebrazione manca se la sezione che interrompe la continuità del sistema nervoso centrale viene fatta a un livello non più basso della parte più anteriore del mesencefalo. In questi animali « mesencefalici » e « talamici » (la parola indica la regione cerebrale più alta ancora conservata) il tono è distribuito normalmente tra i muscoli flessori ed estensori di tutto il corpo; questi animali se cadono a terra o vengono messi in una posizione anormale, si rimettono subito nella loro posizione normale, al contrario di quanto accade negli animali decerebrati. Tutti quei riflessi, che rendono possibile all'animale di riprendere per via ri-

flessa la sua postura normale comunque alterata, vengono raggruppati nel termine « riflessi posturali. « Esistono 4 specie di riflessi posturali:

a) riflessi posturali labirintici. Tenendo sospeso in aria un animale mesencefalico » o « talamico », in qualsiasi posizione del corpo la testa viene girata e tenuta ferma in posizione normale. Questi riflessi posturali labirintici della testa sono determinati dalle macule degli otoliti sacculari.

b) riflessi posturali corporali della testa. Un coniglio « talamico » cui siano stati distrutti i labirinti volge la testa in posizione normale non appena il suo corpo tocca una resistenza. Lo stimolo che determina il riflesso è l'eccitazione asimmetrica di organi sensibili alla pressione (questi riflessi mancano se si esercita una contropressione eguale nell'esatta regione controlaterale a quella toccata dalla resistenza).

c) riflessi posturali del collo. Se la testa si trova in posizione normale, mentre il corpo è in una posizione anormale dal collo partono dei riflessi che fanno sì che anche il corpo si metta nella posizione normale.

d) riflessi posturali corporali del corpo. Indipendentemente dalla posizione della testa il corpo si mette in posizione normale quando esso viene asimmetricamente eccitato (resistenza). Nei, gatti, nei cani, e nelle scimmie esiste ancora un 5° gruppo di riflessi posturali, i « riflessi posturali ottici »: un cane senza i labirinti, sospeso in aria, riesce a mettere la testa in posizione normale non appena i suoi occhi hanno fissato un oggetto circostante. L'autore ha cercato di determinare con esperienze su animali, la localizzazione dei centri dei riflessi posturali labirintici e corporali e dei centri che impediscono la « rigidità da decerebrazione » e determina una normale distribuzione del tono muscolare. Potè constatare che riflessi posturali e distribuzione normale di tono erano conservati se la sezione interessava il mesencefalo in corrispondenza alla parte più anteriore dei corpi quadrigemini anteriori, fino al luogo di uscita dell'oculomotorio: i centri in questione sono quindi situati più in basso. Eseguendo invece la sezione in corrispondenza della metà dei corpi quadrigemini anteriori fino o subito dietro il punto di uscita dell'oculomotorio, i riflessi posturali sono aboliti e si manifesta la rigidità da decerebrazione, i centri in questione sono quindi verosimilmente situati nella zona di spessore di 1 ½ mm. compresa tra le due sezioni, che contiene il nucleo dell'oculomotorio, il nucleo rosso e la sostanza negra. I riflessi posturali e la normale distribuzione di tono rimangono inalterati, se al detto livello si seziona la sola parte dorsale del mesencefalo: i centri in questione sono quindi situati al livello del nucleo rosso, nella metà ventrale del mesencefalo. Rigidità da decerebrazione e abolizione dei riflessi posturali labirintici si manifestano in seguito alla distruzione delle vie efferenti che partono dal nucleo rosso. Questo nucleo rappresenta quindi il centro che provvede alla normale distribuzione del tono e ad una parte importante della funzione posturale.

Queste esperienze che dimostrano come animali in cui sia stata abolita la funzione dello striato e del pallido (sezione al davanti del nucleo rosso) non presentano alcuno dei sintomi considerati caratteristici delle affezioni extrapiramidali (contratture, rigidità, tremori, atetosi, corea), contrastano con l'esperienza clinica. Questa contraddizione si può spiegare in diversi modi:

1) I risultati delle esperienze su animali non si possono senz'altro applicare all'uomo.

2) Ricerche anatomo-patologiche più accurate nell'uomo hanno dimostrato che in molti casi di affezioni extrapiramidali, le alterazioni patologiche non sono limitate allo striato e al pallido, ma interessano anche le parti più profonde del tronco cerebrale.

3) È possibile che in alcuni casi di affezioni extrapiramidali i centri situati nelle parti basse del tronco cerebrale benchè anatomicamente integri, siano danneggiati nella loro funzione in seguito alla lesione dei gangli basali (shock o diaschisi).

4) Nelle esperienze su animali oltre ai gangli basali venivano estirpati anche gli emisferi) le condizioni sono molto diverse quando, come nelle affezioni extra-piramidali dell'uomo, è abolita la funzione dei soli gangli basali mentre è conservata quella degli emisferi.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Soluzioni glucosate ad alta percentuale come profilattico contro gli inconvenienti dell'operazione e delle narcosi.

(TENKHOFF. *Z. f. Ch.*, 1922, 1472).

Nella divisione chirurgica dell'Ospedale S. Joseph di Elberfeld, diretta dal dott. Vorschütz, la pratica della soluzione glucosata è seguita oggi metodicamente prima di ogni operazione grave. Si usa una soluzione al 10 per cento, che può essere sterilizzata volta per volta, e della quale si iniettano lentamente 10 cc. in una vena del braccio. Risulta dal-

la letteratura che si possono iniettare impunemente anche 200-300 cc. in una volta sola e che la concentrazione può salire a 20 o 50 per cento, come pure che alcuni preferiscono le tavolette di Merck. L'A. non ha avuto maggiori vantaggi da quantità superiori a quelle dette sopra. Come conseguenze spiacevoli ha osservato — d'accordo con altri AA. — soltanto lieve senso di freddo, salito occasionalmente fino a vero brivido: febbre, mai; forse perchè questa interviene soltanto usando quantità maggiori e concentrazioni più elevate. Non dolori toracici e dorsali, come furono riferiti — fra altri — da Pfalz. L'ottimo d'azione interviene dopo 12-20 ore. Si fa quindi l'iniezione la sera che precede l'atto operativo.

Come si esplica l'azione del glucosio?

Favorendo il polso, che si mantiene, dopo l'operazione, lento, valido e pieno: e il beneficio dura 2-3 giorni; togliendo il periodo di eccitazione della narcosi, riducendo la quantità del narcotico, ed evitando gli inconvenienti immediati di questo, che sono il vomito, la tosse e il malessere. Con le dovute riserve si può dire che anche i catarri polmonari sono meno frequenti, e se il numero dei casi osservati fosse maggiore, l'A. vorrebbe dire che anche le febbri post-operatorie (febbri da assorbimento) si sono fatte più rare.

In che modo e per quali vie agiscono le soluzioni di glucosio?

Secondo Büdingen (*D. m. W.*, 1919, 3) che fu il vero fondatore della terapia glucosica, agirebbero come mezzo nutritivo per il cuore, il quale subirebbe delle vere distrofie ipoglicemiche. Tuttavia, anche altre vie d'azione ci devono essere. E fra queste, la via osmotica (Bürger e Hagemann, *D. m. W.*, 1921, 207). Portando soluzioni ipertoniche nella via sanguigna, si eleva la pressione osmotica del sangue, la quale produce una diluizione di esso, ed una idremia per richiamo di liquidi poveri di azoto e di sali dai tessuti. Tosto si stabilisce diuresi, e lo zucchero scompare dal sangue — sia per glicosuria, sia per ossidazione che subisce, sia perchè va a depositarsi nei depositi glicogenici — cosicchè cessa anche la diluizione ematica. Ma la disidratazione che già s'è compiuta nei tessuti facilita naturalmente la circolazione sanguigna, alleggerisce il cuore e porta così ad elevazione del tono vasale, a innalzamento della pressione sanguigna: l'aumentato scambio di correnti fra sangue e tessuti accelera contemporaneamente il ricambio. Secondo Stejskal, diversi medicamenti, come jodio, cocaina ed altri, vengono riassorbiti ed eliminati più rapidamente; la soluzione fisiologica acquisita, 12-20 ore dopo l'iniezione glucosata, il massimo di riassorbibilità. Secondo Steinberg (ref. *D. m. W.*, 1922, 309) aumenta, per accelerazione di ricambio, l'avidità del tessuto per il salvarsan, cosicchè questo raddoppia il suo potere spirillocida.

Steinberg ammette nelle soluzioni glucosate ipertoniche, oltre ad un'azione osmotica, anche un'azione attivante del protoplasma che spiegherebbe l'aumento di energia dei tessuti contro il virus infettante.

Liliam K. P. Farrar (ref. *Z. f. Gyn.*, 1922, 928) ammette che il glucosio annulli l'acido i del sangue che — come si sa — è provocata dai narcotici. Farrar somministra, per ogni chilogrammo di peso corporeo, gr. 0.8 di glucosio in soluzione, per via intravenosa, profilatticamente, durante l'operazione.

Tutte queste esperienze e teorie ci spiegano già esaurientemente le favorevoli azioni profilattiche delle soluzioni glucosate ipertoniche sugli inconvenienti dell'atto operativo e della narcosi.

L'aumento di ricambio organico spiega la rapidità di assorbimento e di azione di narcotica: lo stadio di eccitazione viene quindi abbreviato o eliminato, la quantità del narcotico usato è minore. Particolarmente importante è l'acceleramento di eliminazione, perchè si evitano, non solamente le conseguenze immediate, come il vomito e il malessere, ma anche le miocarditi, le nefriti e l'ittero; il lavaggio del sangue combatte l'acidosi; e nelle narcosi eteree l'abbreviamento d'azione del narcotico sulle mucose respiratorie evita i catarri post-operatorii e le pneumoniti. Della massima importanza rimane il miglioramento di nutrizione e l'alleggerimento di lavoro del cuore come l'elevazione della pressione sanguigna, in quanto si sa che dopo un'ora di narcosi cloroformica la pressione sanguigna scende alla metà, dopo 2 ore e mezza a un terzo del suo valore normale, e anche senza narcosi, non è raro l'abbassamento della pressione sanguigna per abbondanti emorragie e nei gravi interventi di chirurgia addominale e cronica, come si possono avere notevoli oscillazioni di essa pure con l'anestesia lombare, epidurale e paravertebrale. E se, infine, si riconosce nelle soluzioni glucosate un mezzo attivante protoplasmatico, nel senso dei corpi proteici, si può riferire a questa loro proprietà il fatto della persistenza della loro azione per più giorni.

Anche altre soluzioni ipertoniche, come di cloruro di sodio e d'urea possono dare risul-

tati simili, tuttavia il glucosio è particolarmente preferibile, perchè brucia nel corpo e serve anche da sostanza nutriente.

L'indicazione all'uso del mezzo è quindi palese. In casi di alterazione dichiarata dell'apparato circolatorio centrale o periferico, le speranze alle volte falliscono, come pure non ha azione — o bene scarsa — quando si tratti di impiegarlo per combattere alterazioni post-operatorie da narcosi, già in atto. Può darsi che per questi casi si debbano usare quantità maggiori o soluzioni più concentrate che i 10 cmc. al 10 %.

Esperienze in questo senso devono essere continuate. E molto lavoro di ricerca si apre in diversi campi, perchè — pure assodato il valore del mezzo — rimangono a spiegare una quantità d'incognite a suo carico.

B.

MEDICINA.

Le epato-nefriti.

(CHAUFFARD. *Archivos de med., cirugìa y espec.*, 1923, n. 12).

Tale denominazione fu dallo Richardière introdotta per designare alcune forme di itterizia grave. Occorre però ben precisarne i limiti: se compare una albuminuria in un tifoso con bacilli nelle vie biliari, o una itterizia in una polmonite del vertice, non parleremo di epato-nefriti.

È necessario che le lesioni epatiche e renali « dominino » nel quadro clinico, che non siano subordinate ad altro processo; è necessario che le lesioni del fegato e dei reni siano dovute alla stessa causa patogena; è necessario che le sindromi epatica e renale siano sincrone.

Le epato-nefriti, così delimitate sono molto rare. Anzi tutto diremo qualche parola intorno all'amilosi epato-renale: malattia secondaria a suppurazioni antiche (empiemi, coxiti con ascessi, Pottici, suppurazioni cutanee, caverne ganglionari, ecc.). Sono infermi dall'aspetto cachettico, all'inizio senza edemi, con poliuria ed albuminuria importante. Le prove moderne della funzionalità renale ci dimostrano che questa nei malati in questione invece di essere diminuita, è aumentata: il bleu di metilene passa rapidamente, è abbassato il limite di escrezione dei cloruri, manca per molto tempo l'azotemia. Non si ha ipertensione, nè rumore di galoppo. Però col tempo alla lesione si aggiunge una vera e propria nefrite diffusa. Per il fegato, non si osserva itterizia, nè grandi segni epatici; il fegato è aumentato di volume, liscio, duro, elastico, non scleroso. In tal caso ben si addice il termine di epato-nefrite.

La sindrome pura di epato-nefrite, è realizzata da due spirochetosi: l'ittero emorragica e la sifilide.

La patogenesi della spirochetosi è conquista recente (1914) di due giapponesi, ma la malattia era già nota prima ed era stata descritta dal Mathieu. Essa corrisponde alle itterizie gravi di forma renale, alle epato-nefriti acute massive del Merklen. Il segno principale è la itterizia, itterizia speciale, accompagnata da congestione del viso e delle congiuntive; si hanno poi macchie di porpora, emorragie nasali, buccali, gengivali. Possono aggiungersi segni di irritazione meningea (lo spirochete si può ritrovare nel liquido cefalo-rachidiano). Quel che caratterizza la malattia è una lesione renale molto grave; albuminuria, oliguria fino all'anuria, aumento dell'urea del sangue fino a 4-5 grammi per litro. Sono stati osservati anche fatti a carico del midollo osseo. Lo spirochete si ritrova nel sangue, esso compare a scariche, nelle urine.

Reazioni simili a quelle prodotte dallo spirochete di Inada e Ido, può produrre la spirocheta di Schaudinn.

Altra infermità da mettere accanto alla spirochetosi ittero-emorragica, è la febbre gialla, conosciuta da lungo tempo e che non si osserva nei nostri paesi: dopo un primo periodo chiamato infiammatorio con febbre, congestione del viso, lagrimazione, sopravviene una seconda fase detta ittero-emorragica od uremica, con ittero variabile, con emorragie multiple, e specialmente con vomito nero. Le urine sono scarse, albuminose. Il fegato è aumentato di volume, doloroso alla palpazione.

Dallo studio clinico che precede siamo autorizzati a due conclusioni: la epatomegalia, l'itterizia, le emorragie da una parte; la albuminuria ed i segni uremici dall'altra classificano la febbre gialla nelle più tipiche epato-nefriti: Noguchi ha recentemente dimostrato che la febbre gialla è dovuta ad una *leptospira ictero-hemoragiae*, molto vicina alla spirocheta di Inada ed Ido.

Anche nella febbre biliosa emoglobinurica, troviamo associazione epatica e renale; l'etiologia non è completamente conosciuta: si considerava complicazione della malaria, però Blanchard e Lefron hanno potuto riscontrare nel sangue di tali malati una spirochete biliohemoglobinuriae.

MONTELEONE.

CLIMATOLOGIA.

Nuove ricerche sull'azione del clima d'altitudine.

(A. LOEWY. *Archivos de med., cirugia y especial.*, 1923, n. 5).

Il clima di altitudine è di tutti il più studiato. Il primo fenomeno conosciuto è l'aumento del numero dei globuli rossi nell'unità di volume durante la permanenza nel clima di altura.

Possiamo dire che si tratta di un aumento reale, assoluto del numero dei globuli rossi in tutto l'organismo, per vera neoformazione di globuli. Certo gli aumenti molto notevoli che si osservano nel primo o nei primi giorni, dipendono da diversa distribuzione dei globuli nei vasi, per azione vaso-motoria; in seguito si verifica la neoformazione globulare che dai 3 ai 4 mila metri, raggiunge il suo massimo in 21-28 giorni. Un dato che ci segnala la presenza di cellule giovani è fornito dall'aumento del metabolismo: le cellule sanguigne di sviluppo normale hanno un consumo di ossigeno che può eguagliarsi a zero. Questo problema è stato studiato una volta sola e dal Moravitz il quale trascorse otto giorni sulla cima del Monte Rosa, osservando se le sue cellule sanguigne aumentavano il consumo di ossigeno: il risultato fu negativo, però il periodo di otto giorni non è sufficiente per far aumentare il numero dei globuli in misura apprezzabile da far notare differenze nel consumo di ossigeno: aggiungeremo che esistono anche notevoli differenze individuali. Il massimo dell'aumento non si raggiunge che dopo 4-5 settimane, e riguarda il 15-20 per cento della totalità dei globuli, dal che si deduce che per otto giorni l'aumento sarebbe del 5 per cento, quantità scarsa per modificare il consumo di ossigeno. Altro fattore da tenere in conto è se la permanenza è all'aria libera od in casa, con cielo nuvoloso o con sole: le osservazioni più recenti hanno dimostrato che le irradiazioni di luce con onde piccole bastano per aumentare il consumo dell'ossigeno dei globuli sanguigni. L'aumento progressivo dei globuli indica un adattamento lento alle particolarità del clima di altura: è uno dei processi di adattamento che si manifesta per aumento della respirazione, cioè aumento della provvista di ossigeno. Sembra che altro fattore per l'aumento della provvista di ossigeno sia l'accelerazione della circolazione. L'abitante della pianura che passi in clima d'altura, non suole essere in condizione di poterlo tollerare: esistono però differenze individuali, perchè esistono persone che sopportano 2000-3000 metri senza molestia alcuna, mentre altre presentano disturbi, chiamati d'acclimatazione, già a 1200-1500 metri. Sono rari coloro i quali sopportano i 4000 metri; le alture maggiori danno luogo ai sintomi del mal delle altezze, per lo meno nelle nostre Alpi. La capacità di sopportare le altezze dipende da vari fattori, anche prescindendo dai neuropatici. Essi sono: ampiezza della respirazione polmonare, forma del respiro, quantità del sangue e proporzione di emoglobina, capacità di assunzione di O per parte dell'emoglobina.

Gli AA. specialmente americani ed inglesi, insistono su di un fenomeno conseguente alla esagerazione della respirazione nelle alte montagne. Quando aumenta la ventilazione polmonare aumenta anche la eliminazione di anidride carbonica, non perchè si elevi proporzionalmente la formazione di questo gas nell'organismo, ma perchè per l'aumentata ventilazione viene emessa in maggior quantità. Perciò dal sangue che attraversa i polmoni esce maggior quantità di anidride carbonica che va a fermarsi negli alveoli polmonari, e la proporzione di anidride carbonica nel sangue diminuisce. Allora, siccome la quantità di anidride carbonica disciolta nel sangue è in proporzione con la quantità di alcali che esso contiene, l'aumento di eliminazione di CO_2 attraverso il polmone, altera questa proporzione e col diminuire dell'anidride carbonica, la quantità di alcali risulta eccessiva. Questo eccesso di alcali è stato chiamato « alcalosi », ed è uno stato transitorio, perchè l'eccesso di alcali abbandona il sangue e passa nei tessuti e nelle urine. Alcuni clinici, hanno osservato che esistono stati patologici nei quali si presenta l'alcalosi non come fenomeno transitorio come nel clima delle alture, ma persistente più o meno a lungo, così in alcune forme di nefropatie croniche.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. DRAGOTTI: *La Psicanalisi.* Monografie medico-chirurgiche d'attualità (N. 4). Collezione del « Policlinico ». — Prezzo L. 10. Casa Editrice L. Pozzi - Roma.

È un interessantissimo studio che il Dragotti ha compiuto sulla teoria del Freud, nonchè sulle diverse quistioni che ad essa fanno capo: uno studio che giunge molto opportuno a colmare una lacuna della letteratura e forse anche della cultura medica e psicologica italiana. In effetti tutti coloro che si mantengono al corrente del movimento scientifico hanno qualche sentore più o meno approfondito della psicanalisi, ma pochi sono edotti a pieno del gran numero di attinenze, della multilateralità, della poliedricità che caratterizza la costruzione freudiana, pochi sanno che il sistema ideale faticosamente elaborato dal suddetto autore non solo pretende di servire di chiave ad alcuni problemi psicologici, ma vuole essere base e principio unico di tutta la psicologia, di tutta la psichiatria ed invade poi anche la terapia, la sociologia e l'arte, assurgendo a vera concezione filosofica.

Quale che sia l'apprezzamento che ciascun può dare sulla nuova dottrina e sulle sue derivazioni, è noto che l'interesse che essa desta è molto vivo.

La esposizione del Dragotti in confronto di quella di altri che già annunziarono il verbo del freudismo adempiendo al solo compito di magnificarla, è di molto superiore, sia perchè egli, pur prendendo su ogni singolo argomento la sua decisa posizione personale, sa mantenersi sempre sereno ed obiettivo, sia perchè dà ragione non soltanto del sistema di Freud, ma di tutto il movimento scientifico che ad esso si ricollega.

Il lavoro del Dragotti, corroborato da una ricchissima bibliografia sapientemente utilizzata, riesce davvero esauriente, ed al pregio della completezza unisce — ciò che è ben raro — l'altro della brevità, giacchè compie il miracolo di condensare una pleiade di fatti e di discussioni in meno di cento facciate.

Nè debbonsi lasciar passare senza rilievo la semplicità e la chiarezza della forma espositiva e critica tutta pianeggiante, per cui i vari argomenti trattati rendonsi accessibili anche ai non tecnici; nonchè la nitidezza della veste tipografica, sobriamente elegante.

Per l'incremento della cultura italiana, per lo sviluppo della scienza è augurabile che questa monografia abbia larga diffusione. Forse la costruzione scientifica del Freud sarà per una certa parte diroccata, forse essa non avrà che la funzione dello affilatore, celebrata dall'oraziano «*fungar vice cotis*» per gli ingegni dediti alla scienza, ma ci corre l'obbligo di conoscerla. Per tali ragioni il Dragotti, che ce l'ha presentata per intero e con i vivi caratteri di dottrina aspramente militante, ha reso un grande servigio alla cultura italiana.

ETTORE PATINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 maggio 1923.

Presidenza del prof. R. ALESSANDRI, vice-presid.

L'influenza della reazione della pars pilorica, nella produzione dell'ulcera digiunale.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. dopo aver ricordato i risultati di esperienze, già comunicate all'Accademia, con le quali si dimostrava che la esclusione della pars pilorica determina sugli animali la produzione costante di ulcere peptiche nel digiuno anastomizzato, riferisce nuove esperienze di resezioni di eguale parte di stomaco, conservando immutati i rapporti cardiali di gastro-enterostomia latero-laterale posteriore, nelle quali è costante invece l'immunità del tratto intestinale da ogni fatto ulcerativo post-operatorio.

Sulla scomparsa della clorosi.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. dopo aver ricordato per sommi capi la sua teoria sulla patogenesi della clorosi, fa constatare secondo la propria e l'altrui esperienza, la tendenza di tale affezione a scomparire. Passa in rassegna le varie ipotesi, a spiegazione del fatto e conclude che nè la teoria alimentare, nè il mutamento dei costumi sessuali, nè la ipotesi infettiva possono darne spiegazione. L'O. afferma che la clorosi che ha avuto caratteri clinici tali da lasciarla diagnosticare con facilità, e da affermarne l'esistenza contro gli scettici, va scomparendo senza che una ragione convincente si possa per ora dare.

Sull'eliminazione dell'acido urico degli urati nell'organismo per mezzo di acque acalciche.

Dott. O. GASPARRINI. — L'O., presentato dal socio prof. S. BAGLIONI, espone le sue vedute sull'azione delle acque acalciche nello sciogliere l'urato di calcio, principale componente, secondo l'O., dei depositi uratici (tofi, ecc.). Egli comunica all'Accademia il suo metodo per decalcificare le acque potabili per mezzo dell'idrato e carbonato sodico sì da trasformarle da acque potabili in acque antiuriche.

Il socio prof. ARCANGELI ritiene che le conclusioni del GASPARRINI sono in parte d'accordo con l'esperienza clinica.

Sulla stasi intestinale cronica da membrane pericecali e pericoliche.

Prof. N. LEOTTA. — Ricorda i casi da lui comunicati nel 1913 con i quali iniziò, primo in Italia, lo

studio della questione, che poi ha avuto ampio svolgimento anche da noi: e comunica un caso da lui operato nel 1919 di vaste ed estese aderenze pericoliche con conseguente stenosi del colon ascendente e trasverso, guarito perfettamente con la tiflosigmoidostomia. La guarigione è perfetta anche a distanza di 4 anni. Presenta le radiografie fatte prima dell'intervento e quelle dopo quattro anni, che mostrano la perfetta funzione della stomia cecosigmoidea, e la assoluta mancanza di passaggio del pasto attraverso la via colica e spiegano la guarigione clinica ottenuta. Quindi entra nelle questioni relative alla patogenesi ed al trattamento chirurgico delle affezioni in parola, concludendo contro le resezioni totali che sono oggi abbandonate dallo stesso LANE, e ritenendo come trattamento di scelta la tiflosigmoidostomia.

Pleurectomia e pneumopessia nell'empiema cronico fistolizzato.

Prof. N. LEOTTA. — Comunica un caso di empiema cronico sinistro totale, conseguente a empiema acuto-postpneumonico, che si manteneva inalterato dopo quattro mesi ed in cui ottenne la guarigione con la pleurectomia completa asportando la pleura sia polmonare che mediastinica o costale e la pneumopessia. Ha perciò seguita una tecnica personale, diversa, sia del processo a lembo ad U di Delorme-Picqué, sia di quella a lembo triangolare del Donati.

L'O. ha utilizzato la semplice incisione intercostale al 5° spazio che gli ha dato una breccia amplissima e gli ha permesso comodamente la pleurectomia, quindi ha fatto la pneumopessia con dei punti passati da una parte nel polmone e dall'altra attorno alle costole limitanti la breccia, sì da realizzare, stringendo i nodi, la sutura pericostale.

Accenna alle modificazioni operative generali dell'empiema cronico fistolizzato e rileva i vantaggi della pleurectomia e pneumopessia, eseguite mercè la semplice incisione intercostale e la sutura pericostale.

Saggio di vaccinazione anticimurrosa col virus specifico.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. comunica i primi incoraggianti risultati della vaccinazione anticimurrosa, vaccinazione praticata con vaccini che l'O. ha preparato determinando una localizzazione cimurrosa cerebrale, e seguendo le direttive della vaccinazione antirabbica. E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 1° luglio 1923.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Lejomioma retroperitoneale esteriorizzatosi attraverso il canale inguinale, complicato ad ernia scrotale.

Prof. NACCIARONE AMLETO. — L'O descrive un caso di neoplasma da lui asportato durante una cura radicale di ernia inguinale sinistra. Il tumore aderiva alla faccia esterna del sacco erniario, e si prolungava nell'addome a mezzo di peduncolo perfettamente libero. Rileva come sia la prima volta che si riscontra un lejomioma puro del funicello. Circa la genesi, ritiene provenga dalle rare fibre muscolari liscie apposte alla faccia esterna del peritoneo pelvico, la cui matrice produce anche quelle descritte da Charpy quali avvolgenti il deferente durante la vita fetale e il cremastere medio di Borrois e Klein. Costituitosi il blastoma, migrò attraverso il canale inguinale come il testicolo nella vita fetale e l'infundibolo peritoneale, non di origine ma d'impegno inguinale, costituì il sacco dell'ernia. Fissa le note istologiche della costituzione di capsula, indipendentemente dal connettivo ambiente.

Sul valore della reazione di flocculazione Meinicke (III mod.) nella sifilide.

Dott. ORO AUGUSTO. — L'O. espone i risultati ottenuti sperimentando con la III modificazione della flocculazione di Meinicke, esaminando 722 sieri dal punto di vista della specificità e della sensibilità.

Sotto il primo aspetto su 270 sieri di individui sicuramente non luetici e affetti da varie malattie ha avuto un solo risultato non specifico, riguardante un ammalato con empiema e in gravi condizioni generali. Sopra 52 tubercolotici ebbe un solo risultato non specifico.

Su cinque lebbrosi ebbe 2 risultati non specifici contro 12 ottenuti con la R. W.

Sopra 31 partorienti ebbe 4 risultati aspecifici contro 12 ottenuti con la R. W

Da ciò viene alla conclusione che la reazione del Meinicke è quasi strettamente specifica per la sifilide; e che è più specifica della R. W. poichè nella lepra e nell'ultimo periodo della gravidanza ha dato una assai minore percentuale di risultati positivi.

Per rendersi poi conto della sensibilità della flocculoreazione nella sifilide ha esaminato 368 sieri di cui 274 appartenenti ad individui sicuramente luetici e 94 ad individui più o meno sospetti, e trova che la reazione di Meinicke è assai sensibile nella sifilide primaria, nella terziaria, nella latente e nella sifilide curata in tutti gli stadi della malattia.

Conclude che tale reazione è di gran valore e che deve assolutamente eseguirsi accanto alla R. W. Essa trova specialmente indicazione in quei

casi nei quali i sieri vengano inviati per l'esame parecchi giorni dopo il prelevamento o siano stati malamente estratti e conservati. Inoltre essa fornisce al medico curante un criterio circa l'efficacia di una cura antiluetica praticata.

Traumi cranici e ascesso cerebrale con presentazione di un operato.

Prof. Sorrentino Francesco. — L'O. illustra un caso clinico di ascesso cerebrale. Trattasi di un individuo colpito da proiettile di rivoltella con foro d'entrata al sincipite nel mezzo della linea interparietale. Il proiettile trovasi fra le due circonvoluzioni rolandiche. Vi è febbre alta 39°.5, paralisi degli arti inferiori e del superiore sinistro. Si opera di craniectomia e viene rimosso il proiettile con tre scheggie ossee e con essi fuoriescono 200 cc. di pus denso. Drenaggio con tubo di gomma. Guarigione lenta. Dopo circa due mesi e mezzo gli arti inferiori sembra abbiano riacquistata la loro funzione, però l'infermo non può camminare perchè nella stazione eretta entrambi gli arti e specie il sinistro sono presi da tremore ed il piede sinistro prende l'atteggiamento varo-equino. Riflessi patellari esagerati. L'arto superiore ha ripresa la funzione e si notano riflessi normali. Nulla a carico dei sensi specifici. Deduce che la lesione ha sede nella parte alta delle circonvoluzioni rolandiche di entrambi gli emisferi specie a destra. I disturbi sono di natura irritativa.

A. Chistoni.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 20 aprile 1923.

Presidente: Prof. G. Dagnini.

Lamino-artrectomia lombare per sindrome funicolare (Sicard).

Prof. V. Putti. — Presenta un malato il quale, sofferente da più di 20 anni di ischialgia destra con scoliosi antalgica, si era ripresentato all'Istituto Rizzoli con dolori violentissimi lungo lo sciatico di sinistra. In considerazione della gravità della sindrome dolorosa a carattere nettamente funicolare e del reperto radiografico di una diffusa artrite deformante lombare, è intervenuto con laminectomia della 2ª, 3ª, 4ª, 5ª lombare e resezione delle apofisi articolari fra 4ª e 5ª, 3ª e 4ª, ottenendo così l'apertura completa dei fori di coniugazione fra le ultime vertebre e la totale liberazione dei funicoli.

Decorso postoperatorio normale. Il giorno stesso dell'operazione, scomparsa integrale dei dolori ischialgici. Dopo un mese dall'intervento il malato ha lasciato il letto.

L'O. presenta il malato dopo 4 mesi dall'operazione. Persiste solo una lieve rigidità lombare. Nessunissimo dolore. Mobilità normale degli arti. Ottime condizioni di stabilità del segmento di colonna operato. Presentazione dei radiogrammi prima e dopo l'intervento.

Ulteriori ricerche sugli ascessi spondilitici.

S. Vacchelli. — L'O. ha avuto occasione, nel corso di una autopsia, di osservare e prelevare nella sua integrità un ascesso sottofasciale dello psoasiliaco, con le parti molto circostanti e con le vertebre che a questa sacca ascessuale davano origine. Presenta il pezzo anatomico, e lo illustra sia nei suoi rilievi sia nelle deduzioni valevoli alla diagnosi di una più precisa sede nei casi della pratica quotidiana.

Svuotamento di ascessi spondilitici prevertebrali.

G. Valtancoli. — Premesso come la clinica e la anatomia patologica abbiano dimostrato come la causa della paraplegia nel morbo di Pott dorsale risieda quasi esclusivamente nella compressione del midollo per parte della raccolta ascessuale prevertebrale, descrive la tecnica seguita nell'Istituto Rizzoli sin dal 1921, volta ad aggredire direttamente la raccolta per mezzo di un ordinario tre quarti. Individualizzato con un indice di riferimento posto sulla cute, per mezzo della radiografia, lo spazio intercostale nel quale la sacca ascessuale è più espansa, sulla paravertebrale destra a circa due dita trasverse dalla apofisi spinosa corrispondente si infigge il tre quarti dall'indietro all'avanti cercando di seguire, per non ledere il nervo intercostale, il margine superiore della costa. Lo strumento deve essere infitto per oltre 6 centimetri, tale essendo lo spessore delle masse muscolari che debbono essere attraversate.

Tale intervento è stato eseguito sempre con esito positivo in 5 ammalati. In nessun caso si sono avuti incidenti spiacevoli. Quindi ritiene che lo svuotamento dell'ascesso prevertebrale sia indicato non tanto come trattamento della paraplegia, ma ancora della profilassi di questa, allorquando il radiogramma dimostri la possibilità che l'ascesso possa essere aggredito. Nei casi riferiti furono fatte, dopo la puntura dell'ascesso, iniezioni di glicerina con jodoformio non solo a scopo curativo, ma anche al fine di fluidificare l'ascesso e rendere più agevole l'estrazione del contenuto. In tre malati la puntura fu ripetuta a distanza di quindici giorni; nel quarto fu praticata una sol volta. Conviene nell'opportunità di svuotare periodicamente l'ascesso.

Guido M. Piccinini.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 20 luglio 1923.

Sulla estirpazione del fegato.

A. Perroncito. — L'O. ha studiato la questione della sede di formazione dell'urea mediante l'estirpazione del fegato e la legatura dell'arteria e vena renale ed ha potuto stabilire che quando il fegato viene completamente soppresso non si ha più formazione di urea. Tale formazione continua quando si lasci in posto una parte anche molto piccola della ghiandola.

In rapporto con gli studi recenti del Bruglasch

e all'importanza comparativa della eliminazione e della distinzione dell'acido urico per parte del fegato, ha potuto stabilire che il primo processo ha una importanza assolutamente trascurabile di fronte al secondo.

Un caso di tubercolosi genitale infantile.

G. FALCHI. — L'O. studia un'affezione tubercolare sviluppatasi nei genitali di un bambino di 18 mesi in seguito a trauma alla regione genitale. Il piccolo paziente si presentava in buone condizioni di sviluppo e di salute; l'esame clinico e l'esplorazione radiologica non rivelavano alcuna alterazione patologica dell'apparato respiratorio; nell'esame somatico era solo da notarsi l'ectopia del testicolo sinistro. La lesione consisteva in orchiepididimite e deferentite con formazione di piccola raccolta purulenta nella vaginale in corrispondenza della coda dell'epididimo destro. Non esisteva alcuna lesione prostatica.

La S. R. W. e la SACHS-GEORGI erano negative. L'intradermoreazione con tubercolina umana I. S. M. a 1 ‰ era fortemente positiva. Le urine erano normali. L'innesto sotto cute alla cavia di pus aspirato dalla raccolta nella vaginale ha provocato dopo un mese lesioni di carattere tubercolare cutanee, ghiandolari e polmonari con reperto di bacilli tubercolari abbastanza numerosi nella ghiandola viciniora al punto dell'inoculazione.

La prognosi per l'O. è molto riservata. Per la cura data l'ectopia dell'altro testicolo l'O. ha ricorso alla terapia generale iodica e localmente all'elioterapia. I risultati sinora sono abbastanza soddisfacenti dato che il volume del testicolo e dell'epididimo si è ridotto della metà di quello iniziale.

Su di un nuovo sintoma precoce e patognomonico dell'infezione vaiuolosa.

L. REMOTTI. — L'O. in occasione di una epidemia di vaiuolo ha potuto osservare in una numerosa serie di casi un nuovo interessante sintoma che ritiene patognomonico dell'infezione vaiuolosa e che acquista grande valore per la sua costanza e precocità.

Consiste nella comparsa, alla fine dello stadio di incubazione, quando non è ancor rilevabile alcun sintoma certo della malattia, di macchie di un colorito biancastro, ben evidenti anche ad un sommario esame *de visu*, simili d'aspetto alla pellicola prodotta su di una congiuntiva dal tocco di un lapis di nitrato d'argento, di estensione varia da una punta di spillo ad una lenticcia, a margini netti e regolarmente tondeggianti, sparse con una certa regolarità sulla mucosa della faccia orale delle labbra, della lingua, delle tonsille e degli archi palatini. Dette chiazze, appena rilevate e percettibili al tatto, come una lievissima resistenza di ben poco superiore alla consistenza delle parti viciniori, durano da 12 a 48 ore e scompaiono in seguito completamente senza tracce apparenti. Colla scomparsa di tali chiazze si inizia di solito lo stadio dei prodromi, colle caratteristiche a tutti note del brivido intenso, cefalgie, rachialgie, rapidissima ascesa della T., ecc. Nello stadio eruttivo poi, col comparire delle pustole sulla superficie del corpo, appaiono anche le tipiche pustole sulla mucosa orale e del retrobocca, ben note e costantemente descritte da tutti gli osservatori.

All'O. importa sopratutto far notare che *in tutti i casi in cui si osservò il sintoma descritto si è sempre manifestata in modo tipico l'infezione vaiuolosa*, mentre negli altri individui isolati in cui tale sintoma non si è presentato non si è verificato alcun caso di malattia.

Concludendo tale sintoma:

1) per le sue peculiari caratteristiche è patognomonico dell'infezione vaiuolosa;

2) porta nuova luce circa la sicura esistenza di una porta d'entrata finora soltanto supposta od anche ignorata;

3) permette di accertare la diagnosi in un periodo precocissimo e rende possibile il tempestivo isolamento dell'a. in uno stadio che riduce al minimum il pericolo di contagio (ammesso pure che in tale periodo l'a. sia già infettante);

4) assicura la diagnosi anche nei casi lievissimi con scarso o *sine escanthemate* che spesso sfuggono alla diagnosi ed al conseguente isolamento e che pertanto costituiscono un vero focolaio di contagio in seno alla comunità;

5) potrebbe forse facilitare la ricerca dell'agente patogeno che si può pensare possa trovarsi abbondantemente presente in tali manifestazioni iniziali.

GIOJA E. — *Embrioide in testicolo soprannumerario.*

Infezione sperimentale da paratifo B.

PIERA LOCATELLI. — L'influenza favorevole esercitata dalla bile sullo sviluppo della infezione sperimentale da paratifo B, è dovuta all'azione dei sali biliari.

Nessuna differenza si nota nella formazione delle agglutine.

Gli innesti delle ghiandole a secrezione interna.

G. BOATTINI. — L'O. riferisce i risultati di innesto di ghiandole surrenale, tiroide e paratiroide.

Gli innesti di surrenale sia autoplastici che omoplastici nel coniglio non dimostrarono notevole differenza di comportamento. L'O. constatò la permanenza di sostanza corticale di surrenale a distanza di tre mesi e mezzo per gli innesti sottocute, di un mese per quelli nel rene.

Gli innesti autoplastici ed omoplastici di tiroide nel coniglio dimostrarono scarso potere di attecchimento; nel cane invece si ebbe la conservazione istologica e funzionale di innesti omoplastici sottocute dopo 98 giorni.

Le ghiandole paratiroidi innestate omoplasticamente nel cane dimostrarono pure attecchimento sia dal punto di vista istologico che funzionale; in un caso l'asportazione degli innesti determinò la morte dell'animale per tetania paratireopriva. L'animale era privo da 98 giorni dell'apparato tiroparatiroideo e possedeva pure innesti di tiroide sottocute.

Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il dolore alla spalla nella gravidanza ectopica.

Il dolore alla spalla è associato di regola con malattie della spalla o di regioni finitime e con varie lesioni endotoraciche o sotto-diaframmatiche, come angina pectoris, pleurite, polmonite, malattie della cistifellea, del fegato, dello stomaco e dell'intestino. I. C. Rubin (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1923, pag. 1050) lo ha anche osservato in quattro casi di gravidanza extrauterina complicata con abbondante stravaso sanguigno; invece nei casi in cui non si era verificata la rottura ed in quelli complicati solo da ematocele pelvico, con o senza sincope, mancava tale sintoma. Mentre il dolore pelvico è forse uno dei sintomi più costanti della gravidanza ectopica rotta, la presenza di dolore alla spalla e sottocostale rende più completa la diagnosi differenziale da altre lesioni pelviche e da rotture di altri visceri cavi dell'addome, come l'ulcera perforata gastrica o duodenale, od intestinale. Esso inoltre dà la certezza della diagnosi con la torsione di cisti ovariche o delle tube, nonchè con lesioni pelviche acute infiammatorie.

A. Z.

Utilità delle biopsie per la diagnosi precoce del cancro uterino.

Il dott. Armand Siredey nella seduta del 10 luglio 1923 riferiva all'Accademia Medica di Parigi otto osservazioni di malate che dal solo punto di vista clinico non presentavano sintomi inquietanti: cinque sembravano avere dei comuni polipi; due avevano l'utero miomatoso, così facile a riscontrarsi vicino alla menopausa. In tutte le biopsia confermò la natura cancerosa delle neoformazioni e troncò il periodo di sorveglianza che, se da una parte era giustificato, dall'altra sarebbe stato nocivo per le malate.

L'A. della relazione consiglia di ricorrere senza esagerati timori di infezione, perforazione, o diffusione al *curettage* esplorativo della cavità uterina ed alla biopsia dei noduli asportati, perchè questo è l'unico mezzo per troncare le tergiversazioni dei medici e delle famiglie.

Il segno che deve prontamente destare l'attenzione del medico è l'emorragia, anche piccola, facile a verificarsi, in ogni età, o spontaneamente nei periodi intermestruali, o in seguito a traumatismi comuni ed insignificanti (esplorazioni, lavaggi, coito, ecc.).

Se malgrado le conclusioni rassicuranti di un esame istologico ben fatto le emorragie persistono, la clinica deve prevalere sul laboratorio, e l'isterectomia o la radioterapia si impongono. (*Bullettin de l'Académié de Médecine*, n. 28, 10 luglio 1923).

PERSIA.

CASISTICA E TERAPIA.

CUORE E VASI.

Sui disturbi nervosi del cuore.

I disturbi nervosi hanno particolare importanza e sono frequenti in patologia cardiaca; essi si osservano quotidianamente anche indipendentemente da ogni malattia del sistema nervoso e possono, nelle loro manifestazioni più gravi, anche provocare la morte improvvisa. Si osservano spesso nella convalescenza di malattie infettive (bradicardia, instabilità del polso), nelle intossicazioni (fumatori), in certe neurosi professionali. Sarebbe però da escludere, secondo H. E. Hering (*Wiener med. Wochens.*, 1923, n. 16-22) l'esistenza di neurosi cardiache autonome, mentre si devono ammettere delle interferenze costanti nell'azione del vago, degli acceleratori e dello stesso fattore miocardico. Il ritmo cardiaco è sottoposto ad un doppio tono nervoso, il vago ed il simpatico e riesce difficile il dissociarli, sicchè si deve ritenere che la maggior parte dei riflessi che influiscono sul ritmo cardiaco, esercitino la loro azione simultaneamente ed in senso contrario sul tono del vago e su quello del simpatico. Numerosi sono poi gli esempî in cui il fattore di predisposizione cardiaca si sovrappone all'influenza tonica del sistema nervoso, sicchè riesce difficile sceverare l'azione dell'una da quella dell'altro. Così accade per le aritmie di origine digitalica in cui le extrasistoli hanno, secondo i casi, una localizzazione auricolare, ventricolare od atrio-ventricolare; così l'aritmia completa, abitualmente dovuta ad una lesione del muscolo cardiaco, può essere provocata transitoriamente dalla semplice eccitazione del pneumogastrico; anche l'alternanza cardiaca, malgrado la sua natura miogena bene stabilita, può venire influenzata od anche rivelata da un'influenza nervosa.

Difficile è sotto questo punto di vista l'interpretazione dell'influenza della pressione arteriosa sul ritmo cardiaco. In generale, l'aumento di pressione provoca una diminuzione di frequenza ed inversamente, e ciò come ri-

sultato di un riflesso che riguarda principalmente il nervo depressore di Cyon, senza però che vi sia estranea l'intensità della circolazione nei vasi del sistema nervoso; in tal modo si spiega l'accelerazione del ritmo consecutiva alla compressione della carotide, compressione che determina una ipertensione, ma modifica al tempo stesso la circolazione cerebrale. È nota d'altra parte la tachicardia degli ipertesi, a tipo parossistico eterotopo, che ha forse spesso come punto di partenza dei riflessi di origine genitale. La tachicardia nelle emorragie, nelle donne con fibromi, nelle sindromi tiroidee, nella ipertensione della menopausa sarebbe sotto la dipendenza dell'azione nervosa che si esercita simultaneamente sul vago per inibirlo e sugli acceleratori per eccitarli. Oltre che l'influenza della tensione arteriosa, il ritmo cardiaco subisce quella della pressione venosa, che agisce in senso inverso.

Importante è l'influenza del sistema nervoso nella terapeutica cardiaca; basti citare, p. e., l'effetto delle grandi ispirazioni e dei movimenti di deglutizione nella tachicardia parossistica; molti poi fra i medicamenti cardiaci agiscono per via nervosa, con elevazione del tono del vago ed abbassamento di quello degli acceleratori; così agiscono la digitale, la strofantina, la fisiostigmina, la stricnina; al contrario la chinina non ha che un'azione paralizzante ed importa somministrarla solo a dosi progressive, incominciando con quantità piccolissime, allo scopo di non raggiungere le dosi tossiche, variabili secondo gli individui. Anche l'azione dei bagni è dovuta ad un meccanismo riflesso molto complicato. Assai complesse sono dunque le azioni nervose che si esercitano sull'apparecchio circolatorio ed occorre guardarsi dal voler interpetrare i fenomeni per mezzo di un solo coefficiente.

fil.

Le crisi di aritmia completa.

Sono in parte conosciute, in parte sconosciute le cause che possono realizzare un raccorciamento del periodo refrattario delle fibre muscolari dell'orecchietta. Fra queste l'A. (Donzelot, *Paris médical*, 14 luglio 1923) ricorda la dilatazione dell'orecchietta destra nelle endocarditi croniche, nei cardiorenali, nei miocarditici, lo stato di sclerosi del miocardio o di deficienza del circolo cardiaco, alcuni stati autotossici, i semplici stati nevropatici, ed alcuni disturbi endocrino-ovarici o tiroidei. Per effetto di questo raccorciamento, lo stimolo cardiaco di ritorno trova le fibre dell'orecchietta in stato di recettività e continua senza arresto la sua corsa circolare. Ma poichè il numero e la situazione delle fibre eccitabili varia nel corso di ciascun ciclo, ne risulta la produzione di contrazioni parcellari, disordinate ed inefficaci, il che costituisce quello stato di fibrillazione auricolare che noi rileviamo come una crisi di aritmia completa. Nell'aritmia completa durante la crisi mancano quei brevi periodi di ritmo normale che invece spesso si hanno nelle crisi di aritmia extrasistolica. Con i tracciati meccanici o elettrici mancano le extrasistoli, ed i sollevamenti auricolari sono rimpiazzati da oscillazioni o fibrillazioni fine ed irregolari.

L'inizio della crisi è sempre brusca: il malato percepisce come uno scuotimento cardiaco, cui seguono palpitazioni violenti ed irregolari, con indefinibile senso di malessere generale, o di angoscia: possono aversi irradiazioni dolorose anginoidi. Il polso è tachi-aritmico (110-160 al minuto).

La *durata* della crisi, come nella tachicardia parossistica regolare, può essere di qualche minuto, di qualche ora, o di qualche giorno: ma in generale ha la caratteristica di essere più lunga, anche di settimane.

La *fine* raramente è brusca: il ritorno al ritmo normale è graduale.

Le crisi possono anche non recidivare: però spesso si ripetono con frequenza, sempre più ravvicinandosi e diventando sempre più lunghe; fatalmente si giunge alla scomparsa degli intervalli realizzandosi l'aritmia completa permanente, presto o tardi complicata ad insufficienza cardiaca.

Nella *cura* bisogna ricordare che il disturbo del periodo refrattario della fibra miocardica è la causa principale della fibrillazione auricolare, e che, sperimentalmente, la paralisi del pneumogastrico allunga la fase refrattaria.

Quindi, digitale e strofanto, che eccitano il pneumogastrico, sono controindicati: riprendono il loro posto se si è giunti di già all'insufficienza cardiaca: la belladonna e l'atropina potrebbero essere utilizzati: ma solo la chinina, o meglio la chinidina costituiscono il rimedio quasi specifico dell'aritmia. La chinidina dà dei risultati ottimi, specie all'inizio del male, abbreviando le crisi in atto e ritardando le crisi seguenti: ciò che significa opporsi alla pericolosa tendenza evolutiva delle crisi di fibrillazioni.

PERSIA.

Su uno speciale momento genetico delle scosse cardioritmiche del capo.

Il segno delle scosse ritmiche del capo, segnalato per primo dal poeta De Musset, e studiato dal Feletti, oltre che essere caratteristico dell'aneurisma dell'aorta si riscontra anche nell'insufficienza aortica, nel morbo di Basedow e persino nell'ipertensione e nell'arteriosclerosi.

Per il Feletti avrebbe la stessa genesi dell'Oliver-Cardarelli; per il Delpench dipenderebbe, nell'insufficienza aortica, dalla pulsazione arteriosa più brusca e più ampia del normale. Bocciardo adduce in causa per le scosse cardioritmiche antero posteriori, la curvatura che le arterie vertebrali formano nel tratto che va dal forame intertrasversario dell'epistrofeo al grande foro occipitale, per cui ad ogni sistole la curvatura tende a raddrizzarsi. Nel caso di ateromasia delle carotidi gli AA. pensano che queste, allungandosi nella diastole, sollevino indietro il capo come su due colonne rigide (Coop e Bruschini), oppure che, essendo la velocità sanguigna maggiore nei tubi rigidi, il sangue arrivi più rapidamente alla testa attraverso le carotidi ateromasiche, anzichè attraverso le vertebrali, e che, per il sollevarsi prima la parte anteriore del capo, si producano delle scosse ritmiche (Feletti).

Ora R. Ceruti (*Minerva Medica*, pag. 291, 1923) comunica un caso nel quale per le scosse in questione non si poteva addurre alcuna spiegazione nota.

Si trattava di una sedicenne morta per esiti di pericardite ed endocardite mitralica (insufficienza) reumatismale con ipertrofia del cuore, con cirrosi epatica ipermegalica ed ascite, la quale negli ultimi 6 mesi aveva presentato scosse vivaci del capo antero posteriori, cardioritmiche, e meno intense, scosse piuttosto laterali dell'addome. *In vivo* era stata posta l'idea che si fosse trattato di una inestensibilità dell'aorta cardiobasale per rigido rinserramento: all'autopsia fu trovato che l'inviluppo di adesione pericardica si estendeva in alto ad avvolgere a mo' di manicotto rigido i grossi tronchi cardiobasali, che le valvole aortiche erano illese, e che normale era la circonferenza dell'aorta. Data la notevolissima ipertrofia del cuore, specie del ventricolo sinistro, e l'indistendibilità per il rigido rinserramento del tronco aortico pur non ristretto, l'impulso cardiosistolico non poteva estrinsecarsi nella distensione del primo tratto aortico cardiobasale per poi perifericamente propagarsi temperato: trovando il primo tratto aortico indistendibile, l'impulso passava oltre, producendo al capo, eventualmente con il concorso del meccanismo addotto dal Bocciardo o dal Coop, le scosse cardioritmiche.

MONT.

Dolore dorso-lombare da degenerazione calcarea dell'aorta.

J. Ridlon e E. Berkheiser (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 23 giugno 1923) rilevano che ogni anemia transitoria di un muscolo da disturbo di circolo locale è capace di provocare dolore e un certo grado di contrattura: è caratteristica di questa condizione la rapida scomparsa dei disturbi col riposo. Per estensione analogica di significato questi fenomeni ed altri simili vanno sotto il nome di claudicatio intermittens. Causa di una sindrome dolorosa del dorso può essere una claudicatio della muscolatura dorsolombare da calcificazione dell'aorta: gli AA. riferiscono tre casi in cui l'indagine radiologica conferma questa veduta, poichè mette in evidenza la calcificazione dell'aorta, mentre non fa notare alcuna di quelle alterazioni osteoarticolari che non di rado sono causa di dolori al dorso (esostosi, artriti, malformazioni vertebrali, specie a carico della V lombare). Del resto i dolori provocati da queste cause sono generalmente in rapporto con la compressione di un nervo, e s'irradiano secondo la sua distribuzione periferica.

Tutti i fattori che predispongono all'arteriosclerosi possono produrre una calcificazione dell'aorta: le conseguenze sono più gravi se il lume era già ristretto per endoarterite obliterante, periarterite; o se coesistono disturbi vasomotori a carico delle arterie dipendenti. Nella sintomatologia vanno considerate, oltre gli accessi dolorosi intermittenti, le parestesie, e lo stato di meiopragia dei muscoli affetti (senso continuo di debolezza). Una lieve dolorabilità può essere persistente. Col migliorare della circolazione collaterale i dolori possono attenuarsi. Contro questa sindrome dolorosa sono naturalmente inutili i mezzi ortopedici di solito adoperati (estensione, ecc.).

DORIA.

Sulle varicosità baso-toraciche nella compressione della vena cava superiore.

Chiray e Lebon (*Bulletin et mém. Soc. méd. Hôp.*, 1923, n. 17), a proposito di un caso di compressione della cava superiore di origine aneurismatica, insistono sul valore che in casi consimili prende lo sviluppo delle linee di varicosità alla base del torace, specialmente nella regione anteriore. Miraille, che già ha studiato il valore semeiologico di queste flebectasie, era arrivato alla conclusione che esse in-

dicano un disturbo della circolazione portale, e delimitano un circolo complementare porto-cavo. Altri autori non attribuiscono alcun valore a questo sintoma.

È certo che nei due casi di compressione della cava superiore, osservati dagli AA., è stata constatata la identica curiosa disposizione; v'ha di più: nel secondo caso, convenientemente curato e migliorato, i segni di compressione sono di molto regrediti. Interessante è il fatto che il miglioramento non è stato bilaterale e simmetrico, ma più accentuato a sinistra che a destra del torace: ora alla base del torace, dalla parte sana, le varicosità sono intieramente scomparse, mentre dal lato opposto la linea flebectasica persiste integralmente. La differente evoluzione fra le due regioni illustra in modo particolarmente obiettivo il valore delle varicosità liminali baso-toraciche nella sindrome d'ipertensione cava-superiore.

È possibile però constatare la stessa cosa in alcuni casi di disturbi circolatori nel dominio cava-inferiore. MONTELEONE.

L'alterazione delle preparazioni di digitale e di adonis.

È noto dai lavori di Straub che un estratto di foglie di digitale, scaldato perde il 25 % del suo valore e che l'aggiunta di alcool a 90° determina una perdita di valore del 30 %. M. Brot (rif. in *Journal des praticiens*, 4 agosto 1923) ha ripreso la questione ed ha rilevato che l'aggiunta di alcool diminuisce realmente l'attività e che, sotto l'azione del calore, l'estratto acquoso perde il 43 % della sua attività; mentre quello alcoolico perde il 16 %.

Dal punto di vista pratico, risulta che l'uso del calore è controindicato nella preparazione dei medicamenti a base di digitale; sembra in complesso che la polvere sia il preparato di digitale più razionale che offre le probabilità di un massimo di attività. Analoghe osservazioni possono farsi per l'adonis vernalis, di cui il principio attivo è alterabile dal calore, con risultati varî a seconda che si tratta di estratti recenti od antichi. Ecco dunque una nuova causa di errore nell'apprezzamento dell'azione terapeutica. *fil.*

IGIENE.

Studi sulla febbre tifoide.

L'endemia tifica a Cagliari. (G. Brotzu: *Igiene moderna*, maggio 1923). I dati statistici danno per il Comune di Cagliari una mortalità media per tifo di 5,5 per 100,000 abitanti, media inferiore a quella della Sardegna e di tutte le altre città d'Italia. Da ricerche dell'A. risulta che in realtà l'endemia tifosa debba essere ivi più diffusa di quanto generalmente si crede, pure mantenendosi di lieve entità; abbastanza frequenti sarebbero le forme leggere, anche ambulatorie. La fonte principale dell'endemia non può essere che il contagio diretto, tuttavia è verisimile che fra i fattori secondarî abbiano una notevole importanza i frutti di mare provenienti da spiagge inquinate.

La difesa dalla febbre tifoide in una grande città (A. Loir e H. Legagneux: *Paris médical*, 14 aprile 1923). Da venti anni a questa parte la mortalità per tifoide è scesa a Le Havre da 300 circa all'anno a 20. Gli AA. ammettono che questa notevole discesa sia da attribuirsi alla sorveglianza delle acque che alimentano la città e nutrono grande fiducia negli avvisi che il municipio fa affiggere per consigliare di far bollire l'acqua dopo le piogge abbondanti. Le sorgenti hanno quasi tutte una zona di protezione; in questa vi sono però delle abitazioni dalle quali l'evacuazione delle acque di rifiuto viene particolarmente sorvegliata per impedire inquinamenti delle sorgenti.

Ogni caso di malattia infettiva che si ha in tali abitazioni viene prontamente denunciato dal medico, che riceve per tale denunzia un'indennità. Può darsi che in qualche caso l'acqua sia stata la causa della malattia, però non è stato possibile metterlo in evidenza. Le altre cause a cui si devono attribuire i casi attuali sono il latte, le ostriche, i frutti di mare, le mosche, il contatto diretto; una volta è stato possibile dimostrare che il veicolo del germe erano state le radici di scorzonera, provenienti da un orto concimato con cessino; gli AA. però ritengono che raramente le insalate costituiscano il veicolo. Grande importanza nella difesa dal tifo, essi attribuiscono al buon funzionamento dell'Ufficio di igiene, con la sorveglianza continua e le disposizioni che prende per ogni caso denunciato; essi si augurano inoltre che l'opinione pubblica si addimostri favorevole alla vaccinazione antitifica, di cui dimostrano l'efficacia.

La diminuzione della tifoide agli Stati Uniti. È stata rapida e notevole; nel 1876 la morta-

lità per tale malattia era circa di 1000 per milione; nel periodo 1900-1910 era di circa 700, nel 1916-1920 di 49. (In Italia, nel 1887-1889 era di 835, nel 1914 di 194, risalendo poi nel 1916 a 296). La diminuzione è assai più sensibile nelle grandi città, con popolazione superiore a 500,000 abitanti, in cui la mortalità è in media di 31,5 e discende a Chicago a 10. In queste città il massimo contributo per la tifoide viene dato dal suburbio, sia per i casi che vi si verificano, sia perchè esso costituisce una sorgente permanente d'infezione. Eliminata l'acqua come veicolo d'infezione, le principali cause dei casi di tifoide sono da ricercarsi nel bagno fatto in acque contaminate, nel consumo di ostriche, di gelati e simili cibi infetti, specialmente dove si trova o si sospetta che vi sia un portatore di bacilli tifosi.

fl.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio della funzione dell'appendice. (SOLI. *Arch. ital. de Biologie*, 20 dic. 1922).

L'appendice può avere, in rapporto con la sua costituzione anatomica, due funzioni; una digestiva simile a quella del cieco in armonia con il rinvenimento in essa di un liquido digestivo e con la notevole contrattilità dell'organo; una protettiva legata alla grande quantità di tessuto linfoide.

L'A. studia una terza funzione, l'eliminazione dei germi che come è noto avviene per la via renale, per la bile e per la mucosa intestinale.

Così ha iniettato nella vena marginale di conigli delle emulsioni di prodigioso o di piocianeo sacrificando gli animali a diversi periodi di tempo e saggiando con culture il sangue, le urine, la bile, l'appendice, mentre in un gruppo mediante legature del coledoco e del tenue faceva in modo che i germi nell'appendice arrivassero soltanto per la via sanguigna. Nelle prime ore di osservazione il prodigioso fu presente nel sangue, urine, bile, appendice; dopo 24 ore fu presente nelle urine e nell'appendice, dopo 48 ore soltanto nell'appendice.

Risulta quindi che a lato del fegato, rene e intestino si deve porre l'appendice come organo eliminatore dei germi circolanti nel sangue.

L'eliminazione è costante, rapida e persistente più a lungo.

Il concetto della possibilità d'una appendicite d'origine ematogena per un processo infiammatorio di eliminazione può avere in ciò una dimostrazione di sostegno. DOMINICI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Profilassi dell'oftalmoblenorrea del neonato. Al dott. D. F. A. da T.:

Il metodo profilattico di Credè si deve adottare quando si è certi che *la madre del neonato è affetta da blenorragia.*

Nei casi dubbi ritengo cosa migliore fare dei lavaggi abbondanti ogni 3 ore con soluzione fisiologica ed instillazioni di *protargolo* al 3 per cento. D. PUCCIONI.

L'uso dell'insulina nel diabete. — Dott. A. C., abb. n. 9883:

Introdotto recentemente da Banting e Best, è adoperato con successo nel coma diabetico.

Anche nelle forme meno gravi di diabete zuccherino dà ottimi risultati; gli ammalati durante il trattamento possono aumentare la loro razione idro-carbonata ricavando un miglioramento nella nutrizione generale. Nella Clinica Medica di Roma ricerche in corso pare abbiano dato buoni risultati.

In Italia si può trovare sia l'insulina americana, fabbricata a Toronto, presso farmacie che tengono prodotti esteri, sia quella italiana presso le Ditte produttrici di preparati opoterapici.

Per la letteratura potrebbe consultare le riviste dell'anno in corso: Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris; The Lancet; The British Medical Journal; The Amer. Journal of Physiol.; The Journal A. M. A.; ecc. M. R.

Cura della tubercolosi ghiandolare. All'abbonato 3688:

Nella cura della tubercolosi ghiandolare attuare anzitutto attorno all'infermo le regole di una buona igiene generale; situarlo nelle migliori condizioni di alimentazione corroborante.

È inutile poi ricordare che la classica medicazione locale e generale iodo-iodurata alla Durante deve essere, nelle adeniti tubercolari, usata con fede e perseveranza, associandola alla cura marina ed all'elioterapia eseguita razionalmente e gradualmente estesa a tutto l'organismo, e non limitata soltanto alla regione affetta.

I vaccini (uno dei più consigliabili è il Martinotti) e le tubercoline sono stati usati con risultati non costanti; le cure tubercoliniche (tubercolina vecchia di Koch) debbono però essere affidate ad un medico adusato a maneggiare tali delicate armi terapeutiche.

G. M.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

A proposito di revisione di organici.

Il Presidente Generale dell'A. N. M. C. dottor Achille Vacino ha ricevuto la seguente lettera a lui diretta da S. E. Finzi, in seguito all'interessamento in merito al R. D. ben noto, da noi pubblicato sul fasc. 26, pag. 848, dell'anno corrente:

Roma, 28 luglio 1923.

Ill.mo Sig. Dott. A. Vacino, Presidente Generale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Ho esaminato colla maggiore benevolenza il memoriale da Lei presentato in merito alle conseguenze che, nella applicazione delle recenti disposizioni emanate per la revisione degli organici degli Enti locali, si temeva potessero verificarsi nello stato economico dei medici condotti, la cui benemerita classe è oggetto di particolare attenzione da parte del Governo che ne apprezza l'alto spirito di sacrificio e tutta l'importanza della sua missione sociale.

E mi è gradito, al riguardo, confermarle quanto, con una circolare telegrafica del 14 luglio ai Prefetti del Regno, S. E. il Presidente del Consiglio ebbe a stabilire circa le modalità di applicazione delle norme suddette e cioè che le eventuali riduzioni di posti e delle indennità speciali non dovranno menomamente danneggiare i servizi sanitari, tenendo presente che le indennità stesse corrispondono quasi sempre a speciali esigenze di servizio o tendono ad attenuare il disagio di speciali località, e che furono introdotte appunto per il migliore funzionamento dei servizi sanitari delle condotte mediche, che il Governo ha il fermo proposito di mantenere, anche attraverso la materiale tranquillità dei rispettivi titolari, nella migliore efficenza.

E a rassicurarla completamente su tali intendimenti del Ministero mi affretto a soggiungere che, a maggiore chiarimento delle istruzioni telegrafiche emanate da S. E. il Presidente del Consiglio in data 14 luglio, sarà in questi giorni inviata ai sigg. Prefetti una circolare con cui verranno particolarmente illustrati i criteri che ho avuto il piacere di esporle nella presente.

Mi abbia con ogni considerazione

F.to: FINZI
Sottosegretario di Stato all'Interno.

QUESTIONI PRATICHE.

LIX. — Limiti del diritto di scelta nei concorsi.

« Non si disconosce che, bandito un concorso, la facoltà eventualmente riservata alla « amministrazione di scegliere tra i dichiarati « eleggibili o tra un certo numero di essi, non « deve trasformarsi in arbitrio e *quindi l'uso « che di essa siasi fatto, non prescegliendo il « primo graduato, sia suscettibile di censura « per eccesso di potere, quando un insieme « di circostanze autorizzi a ritenere che la « scelta sia stata ispirata non a motivi di in« teresse dell'ente, ma a ragioni di favoriti« smo.* Ma, dall'altro canto, sarebbe arbitrario « imporre alla scelta legittimamente riservata « dallo Statuto (nel caso deciso si trattava di « un'Opera Pia) limiti e condizioni che non « corrispondono a quel carattere di discrezionale apprezzamento che la scelta deve avere ».

Trattandosi di un concorso per l'ufficio di direttore di una istituzione antitubercolare, qualora il bando richieda — come, per altro, è ovvio — attitudine direttiva e competenza specifica in materia di servizii antitubercolari a carattere clinico profilattico, è illegittima la scelta e la nomina di uno dei concorrenti dichiarati idonei dalla Commissione, se dalla relazione di essa risulti che il medesimo « offre documenti di attitudine direttiva non dubbia » e che « le sue pubblicazioni specializzate nelle discipline igieniche non riguardano la patologia e la clinica della tubercolosi »; e ciò tanto più se per altro concorrente risulti dalla stessa relazione che esso ha « una « serie di pubblicazioni fra le quali emergono « quelle relative alla patologia ed alla clinica « della tubercolosi, che danno sicurezza della « sua preparazione scientifico-pratica in questo « argomento ».

La IV Sezione ha veduto in questo caso un eccesso di potere ed una violazione della norma e della finalità del concorso ed ha annullato il provvedimento di nomina fondato sulla scelta, la quale costituisce una facoltà ma non un potere arbitrario. (Decisione 7 aprile 1923, n. 334, Goggia contro Opera Pia Associazione Genovese contro la Tubercolosi e Ghiglione).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il XVII Congresso Nazionale dei Medici condotti

si è svolto a Trieste dal 17 al 21 settembre; vi si sono dibattuti problemi di vasta portata nel campo assistenziale e professionale e per l'avvenire dell'importante associazione.

Con 3676 voti favorevoli, 1296 contrari e 36 astenuti, il Congresso ha deliberato, su relazione del presidente Vacino, l'adesione dell'A. N. M. C. ai Sindacati nazionali fascisti; notevoli alcune quote di votazione: hanno votato *no*, cioè contro il passaggio ai Sindacati, Bologna 131 voti, Como 84, Cagliari 37, Sassari 36, Palermo 25, Belluno 25; hanno votato *sì*, Firenze 66, Roma 54, Parma 54; Ferrara ha dato 60 *sì* e 12 *no;* Milano provincia 83 e 7; Verona 152 e 8; Trieste 38 e 1.

Hanno rassegnato le dimissioni i vice-presidenti Frassetti, Luraschi e Patriccelli.

Daremo presto un resoconto dei lavori.

Commissione Medica Provinciale Pavese di competenza.

Il 1° settembre, nei locali dell'Ordine dei medici in Pavia, si sono riuniti: il comm. dott. Pezza di Mortara, presidente della corporazione Sanitaria Lomellina; il comm. prof. dott. Masnata di Stradella, presidente della Corporazione Sanitaria dell'Oltre-Po Pavese; il cav. dott. Omodei-Zorini, ex-presidente della Sezione Lomellina della A. N. M. C. e consigliere dell'Ordine dei Medici della Provincia; il dott. Milanesi, presidente della Sezione Pavia-Voghera della A. N. M. C.; il dott. Arrigoni, segretario della Sezione Pavia-Voghera della A. N. M. C. e della Corporazione Sanitaria dell'Oltre-Po, ed il dott. Busnengo, consigliere dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pavia e delegato a rappresentarlo.

Ha giustificato la sua assenza il prof. dott. Nicolato, della Corporazione Sanitaria Pavese e Console Generale della M. V. S. N., aderendo alla riunione.

Sotto la presidenza provvisoria del dott. Milanesi, si è costituita la «Commissione Medica Provinciale di competenza», con lo scopo immediato di partecipare alla revisione degli Organici Sanitari, in conformità delle disposizioni contenute nel D. L. del 27 maggio 1923, n. 1177, e successive delucidazioni per la retta interpretazione del Decreto stesso, date a tutti i prefetti con Circolare del 10 agosto corr. a., diramata dal Ministero degli Interni e firmata da S. E. Finzi.

Procedutosi alla nomina delle cariche, sono stati eletti ad unanimità:

a presidente il prof. Nicolato, a vice-presidente il comm. dott. Pezza, a segretario il dott. Milanesi, a vice-segretario il dott. Arrigoni.

Si è quindi preso visione del Capitolato per le Condotte della Lomellina, approvato dalle Amministrazioni comunali fasciste Lomelline e già in vigore e, dopo ampia discussione su importanti articoli, venne approvato con alcune lievi modificazioni, esprimendo il voto che esso sia, quanto prima ed integralmente, adottato anche da tutte le altre della Provincia. A tal fine si è dato incarico alla presidenza di trasmettere copia del Capitolato alla Federazione Provinciale dei Comuni Fascisti, con la quale la Presidenza procurerà inoltre di mettersi in diretto rapporto.

Di poi si è accennato all'opportunità di iniziare le revisioni circoscrizionali delle Condotte Mediche. L'importantissimo problema verrà, con la massima ponderazione, esaminato in successive adunanze.

Il comm. Pezza ha fatto rilevare quanto utile recherebbe un Congresso delle Corporazioni Mediche Fasciste, che effettiavmente porterebbe un bel peso nella valutazione dell'attuale momento sanitario del Paese.

Il prof. Masnata, concordando, ha proposto l'invio al dott. Fioretti, a Roma, del seguente telegramma:

«Direttorii Corporazioni Sanitarie Provincia Pavia, oggi riuniti, fanno voti perchè venga sollecitato organizzazione Congresso Nazionale Corporazioni Mediche Fasciste».

F.ti: comm. dott. PEZZA; comm. prof. MASNATA».

L'importante adunanza si è chiusa dopo due ore di proficuo lavoro.

Dott. COSTANZO ARRIGONI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san.; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, indenn. c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FOSSATO SERRALTA (*Catanzaro*). — L. 6000 e quattro sessenni decimo; L. 1200 cav.; L. 600 uff. san.; nomina subordinata accettazione capitolato. Scad. ore 12 del 1° novembre. Schiarimenti dall'Ufficio Comunale.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due primari medici specialisti nell'Ospedale per tubercolotici in Garbagnate; L. 7000 oltre indenn. di L. 2000, trasporto quotid. gratuito da Milano. Titoli od esami o titoli ed esami. Prova annuale; nomina e conferme triennali. Esercizio profession. da 8 anni. Età lim. 44. Scad. ore 16 del 17 ottobre.

NOASCA (*Torino*). — Cons. con Ceresole Reale. A tutto il 16 ottobre. L. 10,000 complessive per i poveri, senza limite di età.

ORBETELLO. *Congr. di Carità.* — Capo Reparto Sez. Medica ed assistente chirurgo (unico posto!) dell'Osped. Civile S. Giov. di Dio; L. 6000, camera, 10-40 % di proventi. Scad. 30 sett. Età lim. 40. Biennio in clin. med. o in sez. med. di ospedale importante. Titoli; prefer. a quelli radiologici. Prova biennale. Chiedere annunzio.

Trivento (*Campobasso*). — Medico condotto per i poveri. L. *tremila* (!) lorde, con quattro quinquenni del decimo. Documenti di rito compresa iscrizione nell'albo. Accettazione entro otto giorni dalla partecipazione di nomina, assunzione del servizio entro 20 giorni. Scadenza 8 ottobre.

Concorsi a Premio.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Premio di fondazione Balbi-Valier, di L. 3000, per progressi nel campo medico durante il biennio 1921-22; scad. 31 dic. 1923.

Premio di fondazione Angelo Minich, di L. 5000, sul tema «Apportare nuovi contributi allo studio dell'influenza che il sistema endocrino esercita sullo scheletro»: scad. 31 dic. 1924.

Premio di fondazione Arrigo Forti, di L. 3000, per studi di zoologia e di botanica, esclusi quelli che si riferiscono alla biologia umana; scad. 31 dicembre 1925.

Chiedere programmi alla Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con R. Decreto del 13 agosto venne conferita al prof. dott. Giuseppe Tropeano, della R. Università di Napoli, la medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica, in premio dell'attività svolta nel campo dell'assistenza sanitaria e della previdenza sociale.

Il Tropeano ha inaugurato a Napoli la più moderna assistenza brefotrofiale, imitata spontaneamente da molti brefotrofi e poi imposta per legge a tutti i brefotrofi del Regno; ha dotato la città di varie Istituzioni per la prima infanzia, tra cui l'ospedale per bambini a Posillipo, l'Asilo per la infanzia abbandonata a Marechiaro, il Presepe per 100 bambini, la Goccia di latte per 300 bambini, ecc. Ha nel suo attivo otto campagne antimalariche nel Mezzogiorno, due campagne anticoleriche in Puglia e a Napoli, la lotta contro la Tubercolosi dal 1906 ad oggi, centinaia di relazioni e conferenze per propaganda igienica, un'ottantina di pubblicazioni su svariati argomenti d'igiene, la rivista mensile «Medicina Sociale» e dieci anni di insegnamento libero di Medicina Sociale.

Al cav. dott. Siracusa Michele, già medico-chirurgo degli Ospedali Riuniti di Roma, con R. decreto in data 24 agosto 1922 è stata conferita dal Ministero dell'Interno la medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica per il disinteresse, lo zelo e lo spirito d'abnegazione spiegato per 7 mesi in provincia di Roma, Salerno e Reggio Emilia come ufficiale medico nella pandemia influenzale del 1918.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Pubblicità insolente.

Una circolare (*Comunicazione riservata*) pervenuta ai medici di Venezia dal rappresentante per l'Italia della ditta Barrère e C.ie di Parigi, signor Giuseppe Di Bernardo, farmacista a Milano, dopo aver fatto gli elogi dei cinti erniari Barrère, si permette render noto ai medici che la spett. Casa di Parigi, onde diffondere maggiormente i suoi benefici apparecchi, dà speciale incarico (al suddetto rappresentante) di pregare (bontà sua) i sigg. medici di *nulla pretendere* per la visita che fanno agli erniosi, ed all'uopo, *l'onorario loro spettante, verrà corrisposto dalla detta Filiale nella misura di L. 20,* secondo la tariffa vigente presso l'Ordine dei Medici di Milano a mezzo cartolina vaglia, quando il cliente acquisterà l'apparecchio presentando la ricetta medica. L'onorario sarà ridotto a L. 10 per un apparecchio da bambino.

Ora io domando se non sia doveroso di protestare pubblicamente in nome di tutti i colleghi per l'offesa fatta alla classe medica, richiamando l'attenzione dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine dei Farmacisti di Milano su un caso che tocca il decoro delle due categorie di professionisti.

Dott. A. Dian.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso di Medicina interna.

(*Roma, 24-26 Ottobre 1923*).

Il Comitato ordinatore del XXIX Congresso avverte che col 5 ottobre scade il termine per la presentazione delle comunicazioni da fare al Congresso medesimo.

Per le iscrizioni il termine è prorogato fino all'apertura del Congresso: però il Comitato non si assume alcuna responsabilità per il recapito in tempo utile della tessera, dei documenti per i ribassi ferroviari e dei programmi per coloro che si iscrivessero in ritardo.

La seduta inaugurale è fissata per la mattina del 24 ottobre, alle ore 10; e sarà comune per i Congressi di Medicina e di Chirurgia.

Il 25 ottobre sarà trattato, in unione colla Società italiana di Chirurgia il tema: «Sulla colelitiasi e sulle infezioni delle vie biliari, con speciale rapporto alle pancreatiti».

Il 26 ottobre si svolgeva il tema sul «Diabete insipido e ricambio idrico».

Per iscrizioni ed informazioni rivolgersi al Presidente del Comitato ordinatore, prof. Vittorio Ascoli, od all'Ufficio di Segreteria (prof. G. Sabatini, R. Clinica Medica, Policlinico - Roma).

I soci effettivi della Società di Medicina Interna sono vivamente pregati di mettersi in regola col versamento delle quote sociali.

Prossimi Congressi.

1923:

Ottobre 8-10, Bologna, XX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia (vedi fasc. 35).

Ottobre 8-13, Parigi, XXXII Congresso francese di chirurgia (vedi fasc. 40).

Ottobre 11-14, Siena, VI Congresso dell'Associaz. tra Medici dei Manicomii Pubblici Italiani (vedi fasc. 38).

Ottobre 18-21, Palermo. V Congresso Italiano di Radiologia medica (vedi fasc. 28).

Ottobre 23, Roma. XIV Congresso della Società Italiana d'Ortopedia (vedi fasc. 38).

Ottobre 24-26, Roma. XXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (vedi fasc. 31, 32, 39).

Ottobre 24-26, Roma. XXX Congresso della Società Italiana di Chirurgia (vedi fasc. 31).

Ottobre 27, Roma. II Congresso della Società Italiana di Urologia (vedi fasc. 31).

Ottobre 27-28, Bucarest. II Congresso rumeno di Oto-rino-laringologia (vedi fasc. 33).

Ottobre 28-30, Napoli. VI Congresso della Società Italiana di Neurologia (vedi fasc. 40).

Dicembre 20-22, XX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia (vedi fasc. 38).

1924:

Aprile 23-27, Roma. Congresso Internazionale di Urologia (vedi fasc. 27).

Il VI Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Sarà tenuto in Napoli dal 28 al 30 del mese di ottobre di quest'anno, ed assumerà particolare solennità per la circostanza che anche in tal tempo verranno tributate le onoranze a S. E. l'on. senatore prof. Leonardo Bianchi per il suo ritiro dall'insegnamento per i limiti di età.

Le adesioni ed i titoli delle comunicazioni scientifiche debbono essere inviati con la maggiore sollecitudine al presidente della Società (prof. Giuseppe D'Abundo).

XXXII Congresso Francese di Chirurgia.

È indetto a Parigi dall'8 al 13 ottobre, sotto la presidenza del prof. Témoin. Sono all'ordine del giorno i seguenti temi: 1° *Trasfusione sanguigna,* relatori Jeanbrau di Montpellier e Pauchet di Parigi; 2° *Studio critico delle operazioni contro i prolassi genitali,* relatori Bégouin di Bordeaux e Savariaud di Parigi; 3° *Cura delle stenosi non calcolose delle vie biliari principali,* relatori Mathieu di Parigi e Villaret di Lione.

Il Consiglio superiore della Cassa Nazionale infortuni.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni si è adunato in sessione ordinaria per l'esame dei risultati di gestione dell'esercizio 1922 e per la conseguente approvazione dei bilanci dell'assicurazione infortuni nelle industrie e dell'assicurazione infortuni dei lavoratori della terra, che la Cassa Nazionale esercita.

L'incremento delle operazioni è stato oggetto di compiacimento; il Consiglio ha pure ricordato il continuo progresso verificatosi nel quarantennio di vita dell'Istituto che appunto in quest'anno si compie.

Fra gli altri argomenti esaminati, il Consiglio ha dato adeguata importanza all'assistenza sanitaria degli operai colpiti da infortunio; ha appreso i provvedimenti adottati per aumentare i posti di pronto soccorso, e gli ambulatori che sono ormai 104; è stato informato che la Sezione dell'Ospedale di S. Vito di Torino, gestita dalla Cassa, per la cura degli infortunati, ha ben corrisposto agli scopi che se ne attendevano, costituendo per l'Italia il modello più perfetto della specialità; che i lavori di adattamento per l'Ospedale che funzionerà nello stabile acquistato dall'Istituto in Bologna volgono al termine; che a Padova si è ottenuto dall'Amministrazione ospitaliera l'uso di un intero padiglione di degenza nell'ambito dell'Ospedale Civile; è stato reso infine edotto che anche il Compartimento di Milano sarà dotato di un Ospedale proprio, corrispondendo così ad un bisogno specialmente sentito in quel grande centro industriale dove la Cassa Nazionale Infortuni raccoglie ingente numero di assicurati, e vi ha pienamente aderito.

La notizia del R. Decreto 8 marzo 1923 che affida all'Istituto l'assicurazione di tutti gli operai dipendenti dalle Amministrazioni dello Stato, ha costituito ragione di non minore compiacimento come prova della fiducia che il Governo ripone nella vasta organizzazione, opportunamente decentrata, della Cassa Nazionale Infortuni.

La Commissione medica per le pensioni di guerra.

Ecco i nomi dei Professori che sono stati chiamati a comporre la Superiore Commissione Medica incaricata dal Ministro delle Finanze, e in accordo con i Ministri della Guerra e della Marina, di riesaminare tutte le pensioni di guerra concesse finora:

Presidente: Buonomo comm. prof. Lorenzo, generale medico del R. Esercito P. A. S., libero docente in chirurgia nella R. Università di Roma.

Membri: Galli comm. Giandomenico, generale medico; Monaco comm. dott. Federico, generale medico; Moschini comm. dott. Enrico, generale medico; Trombetta prof. dott. Edmondo, generale medico e docente di oftalmologia nella R. Università di Torino; Ciaccio cav. dott. Andrea, colonnello medico; De Vita cav. dott. Donato, colonnello medico; Santoro comm. dott. Giuseppe, colonnello medico; Dionisi cav. prof. dott. Antonio, tenente colonnello medico nella riserva navale, ordinario di anatomia patologica nella R. Università di Roma; Perna prof. Amedeo, tenente colonnello medico, pareggiato di stomatologia nella R. Università di Napoli e di odontoiatria nella R. Università di Roma; Pomponi cav. dott. Enrico, tenente colonnello medico; Ronga cav. dott. Vincenzo, tenente colonnello medico; Vassari gr. uff. prof. dott. Riccardo, tenente colonnello medico di complemento, ordinario di anatomia umana nella R. Università di Roma; Campeggiani prof. dott. Massimo, maggiore medico in P. A. S., libero docente in otorinolaringoiatrica nella R. Università di Roma; Mendicini prof. Antonio, maggiore medico della riserva, medico chirurgo, libero docente di neuropatologia nella Regia Università di Roma; Nicoletti comm. prof. dott. Vincenzo, maggiore medico nella R. N., libero docente di clinica chirurgica nella R. Università di Roma; Pediconi comm. dott. Pio, maggiore medico di complemento, libero docente di sifilografia nella R. Università di Roma; Trocello cav. uff. dott. Enrico, maggiore medico nella R. N., libero docente di neuropatologia nella R. Università di Roma;

Cicconardi prof. Giuseppe, capitano medico di complemento, libero docente di patologia speciale nella R. Università di Napoli, membro del Consiglio superiore di Sanità.

Per le Casse Assicurazione malattie nelle nuove provincie.

Con R. decreto n. 1657 sono fissate le norme per la sorveglianza sulle Casse per l'assicurazione di malattie nelle nuove provincie. La sorveglianza è resa obbligatoria; verrà affidata dall'Autorità competente a delegati da nominarsi per ciascuna Cassa tra i funzionari locali o tra persone particolarmente versate in materia di previdenza sociale.

Per la legislazione sociale.

In seno al III Congresso internazionale d'azione democratica tenuto a Friburgo, il dott. prof. G. Ajello svolse un ordine del giorno col quale si formulano voti per la sollecita estensione a tutti i paesi civili della legislazione sociale di previdenza. Il dott. Ajello ricevette l'incarico di svolgere nel Congresso del 1924 una relazione sul movimento mondiale per la legislazione sociale.

Nuovi Enti morali.

Sono stati eretti in Enti morali: l'Istituto clinico per Malattie della Bocca, in Bologna, con amministrazione provvisoria e riserva di approvare il relativo statuto organico; l'Associazione pubblica di assistenza «Croce Bianca» di Massa; la fondazione Carlo Forlanini di Milano; l'Ospedale Civile di Agordo.

In memoria di Angelo Mosso.

A cura dei cittadini di Chieri sarà onorata degnamente la memoria del sen. prof. Angelo Mosso. La Regina Margherita ha concesso il suo patronato. Fanno parte del Comitato il sen. Teofilo Rossi, il sindaco di Torino, il rettore della R. Università di Genova ed altre personalità.

* * *

L'*Istituto scientifico Angelo Mosso,* aperto il 27 luglio in memoria del grande fisiologo italiano, è stato frequentato da oltre una ventina di studiosi, che hanno compiuto ricerche svariate sull'influenza dell'altitudine, della luminosità, del freddo, ecc., sulla fisiologia animale e vegetale. L'Istituto sorge sul Monte Rosa (colle d'Olen) a 3000 m. d'altitudine; da esso dipende il Laboratorio biologico della «capanna Margherita» sulla punta Grifetti, a 4559 m. È diretto dal prof. Herlitzka.

I RR. Stabilimenti di Salsomaggiore all'industria privata.

Con R. decreto n. 1752 è approvato un compromesso stipulato in forma pubblica amministrativa presso il Ministero delle Finanze per la concessione in uso ed in esercizio dei Regi Stabilimenti termali di Salsomaggiore ad una Società Anonima, che il comm. avv. Ciro Bonollo si è impegnato di costituire sotto la ragione sociale «Società Anonima Regie Terme di Salsomaggiore», elevandosi a L. 500,000 la cauzione. La convenzione definitiva sarà approvata e resa esecutoria con decreto del Ministro delle Finanze.

Istituto per lo studio e la cura del cancro in Spagna.

È stato aperto a Madrid, sotto la guida di un Comitato nazionale spagnuolo per lo studio del cancro; comprende una clinica di 28 letti, sale di medicatura e operazioni, servizio gratuito d'ambulatorio e varie Sezioni: anatomo-patologica, chimica-sierologica, radiologica, ecc.

L'Istituto è sovvenzionato dallo Stato; le spese di funzionamento sono coperte anche dalle pensioni pagate dai malati in cura, da proventi della Sezione radioterapica per malati esterni e dalla munificenza privata.

Divieto delle carni equine in scatola.

Un'ordinanza del Ministero dell'Interno in data 3 agosto, revocando una precedente disposizione, vieta la preparazione, la detenzione per vendere e la vendita delle carni e dei visceri conservati in scatola, appartenenti ad animali delle specie equine.

Guide sanitarie.

Sono state pubblicate: la «Roma Sanitaria», guida sanitaria illustrata di Roma e Provincia, per il 1923-24, a cura del dott. C. Bucchi; la «Guida sanitaria di Napoli e Provincia», edizione 1923-24, direttore Mancini. L'una e l'altra sono ricche di indicazioni utili per sanitari e per il pubblico.

Lorenzo Borri.

(*7 Febbraio 1864 — 30 Agosto 1923*).

È morto non ancora sessantenne, travolto da una infezione tifosa, contratta eseguendo una necroscopia giudiziaria, mentre era in un rigoglio di vita fisica e mentale, che pareva una seconda gioventù. Gli anni non avevano intaccato il suo corpo di atleta nè sfiorata la sua mentalità fervida e poderosa. Egli camminava ancora in montagna col passo svelto e sicuro di un tempo; aveva il portamento eretto e baldo come nella sua giovinezza forte. E pensava, lavorava e conversava con una agilità ed una freschezza meravigliose, che resistevano ad ogni disagio fisico ed alle occupazioni più impegnative.

Non aveva avuto vita facile ed un uomo di altra tempra si sarebbe perduto per via. Rimase senza padre giovanissimo con scarsi mezzi di fortuna e studiò alacremente, in mezzo a difficoltà e ad incertezze, prima a Pistoia, nelle scuole medie, dove conseguì la licenza di onore, poi a Bologna, dove fece i primi anni di medicina, ed infine a Firenze, dove terminò i corsi ed ottenne una bellissima laurea nel 1887. Fu medico condotto a Cutigliano, dove poi doveva ritornare sovente per l'operoso riposo estivo: rientrò a Firenze per vittoria di concorso quale assistente di Clinica chirurgica, ma la promessa, che Egli aveva dato alla donna del suo cuore, e le dure necessità della vita lo riportarono quasi subito alla condotta. E per due anni, a Montopoli nel Valdarno inferiore, Egli confortò — nella dolce felicità familiare — gli

ozii faticosi dell'esercizio campagnolo collo studio severo e costante.

Angiolo Filippi, che aveve conosciuto la forza di quella mente, non volle che si perdesse nella pratica. E, quando sulla fine del 1890, per la nomina del Montalti a Palermo, ebbe vacante il posto di aiuto alla Cattedra di Medicina legale in Firenze, chiamò, a coprirlo Lorenzo Borri. Ed Egli riprese coraggiosamente la via degli studii, sorretto dalla fede nella sua energia, guardando all'avvenire luminoso, che lo attendeva, senza atterrirsi delle difficoltà, che il presente gli offriva. Nel febbraio del 1898 saliva la Cattedra di Medicina legale a Modena, conquistando con pubblico concorso no nsenza insidie e contrasti, che avevano costituito un vero pericolo per le sorti e per la dignità della nostra disciplina.

I primi anni di Modena non dettero al Borri la gioia della luna di miele della cattedra. Egli, che veniva da un Istituto in piena attività scientifica e pratica, si trovò a Modena senza laboratorio, quasi senza esercizio professionale, colle necessità di una famiglia, che cresceva, appena appena coperte dai modesti proventi. Si vide confinato per quasi nove anni nel miserando grado di straordinario, perchè in quella Facoltà non si scoprivano posti di ordinario; dovè lottare con difficoltà inaudite di uomini e di cose per arredarsi il Laboratorio, per conquistare un po' di materiale di esercizio e di dimostrazione.

Sui primi del 1906 la Facoltà medica fiorentina, che aveva perduto Angiolo Filippi, chiamò il migliore allievo della Scuola illustre a succedere al Maestro. E così — dopo la parentesi modenese, come Egli la chiamava — Lorenzo Borri tornò nell'Istituto di Firenze a continuare degnamente la tradizione commessagli, formando quella nuova e vigorosa propaggine della Scuola del Filippi, che è rappresentata dal Cevidalli, dal Leoncini e dal Cazzaniga.

***

Lorenzo Borri, dicevo, fu il migliore allievo di Angiolo Filippi e non è davvero ingiuria ai morti valentissimi proclamarlo ancora una volta sulla sua tomba recente. Egli giunse al posto di aiuto colla preparazione, che il Filippi richiedeva ai suoi allievi: biologica e clinica. Alla logica clinica la sua vasta mentalità filosofica si adattava con quella forza e con quella ponderazione, che formano il medico-legale di razza, ed i primi lavori del Borri hanno già l'impronta di quella analisi poderosa e di quella sintesi ardita e sicura, che ne dovevano fare uno dei periti più apprezzati e temuti. Nel campo della indagine sperimentale egli si attenne essenzialmente a ciò, che più da vicino si ricollega ai problemi contingenti della Medicina legale e lasciò saggi acuti e pregevoli sulle ecchimosi asfittiche, sulla fisio-patologia dell'annegamento, sulla spettroscopia dei derivati dall'emoglobina, e su altri argomenti di tossicologia e di tanatologia.

Ma Lorenzo Borri aveva una mente più adatta a prospettarsi, in un programma di sistemazione e di organamento, le questioni più vaste ed essenziali della nostra disciplina che non ad indagarne, sia pure sapientemente, i particolari. Il primo saggio robusto di questa tendenza del suo spirito si trova in un volumetto, pubblicato nei primi anni del suo servizio di aiuto, sulla Medicina legale ferroviaria, che appare il germe della sua memoranda produzione nel campo dell'infortunistica. La prima legge sugli infortuni del lavoro del 1898 non ebbe perciò a trovarlo impreparato. Egli, che aveva assunta dal Maestro l'attitudine della mente a polarizzare nei diversi campi del diritto positivo quello, che la medicina può dare per la definizione dei rapporti giuridici, e si era formato una conoscenza profonda degli studi e della esperienza tedesca nel campo degli infortuni del lavoro, riuscì, nel suo primo volume, pubblicato poco dopo la promulgazione della legge, sotto il modesto titolo — *Le lesioni traumatiche di fronte ai Codici civile e penale ed alla legge sugli infortuni del lavoro* — a tracciare mirabilmente le linee di un corpo di dottrina medico-legale infortunistica, che ha una impronta schiettamente italiana e tutta sua personale. Le successive edizioni dell'opera, che si accrebbe fino a formare i due grossi volumi della *Infortunistica medico-legale*, i numerosi scritti sparsi nella «Rivista sugli infortuni del lavoro», da lui fondata col compianto Bernacchi e col Serafini, nel Giornale del Pisenti e nella «Rassegna delle Previdenza sociale», svolgono, perfezionano e completano il disegno, già sicuramente tracciato nella prima, e costituiscono un monumento di sapienza medico-legale, che illustra la nostra disciplina e consacra il nome del Borri accanto a quello dei più grandi Maestri italiani e stranieri del XIX e del XX secolo.

Le altre opere del Borri, che di fronte alla maestà dell'*Infortunistica* appaiono minori, sono anche esse dense di sapienza e di originalità. Il *Manualetto di Medicina legale per i giuristi* si trova ormai anche nella più modesta libreria di un magistrato o di un avvocato e prospetta, senza divagazioni da università popolare, la linea, che il giurista deve seguire per ricorrere al perito medico-legale ed apprezzarne i responsi. Le *Istituzioni di Medicina giuridica* disegnano il profilo di una opera più vasta, che egli felicemente lasciò terminata — il *Trattato di Medicina legale* — redatto con la collaborazione dei suoi allievi. Ed i suoi saggi notevoli di Medicina sociale, che toccano punti vitali delle interferenze tra i nostri studi ed i problemi della convivenza umana, lo ravvicinano ai più grandi Maestri della prima metà del secolo XIX, che abbracciavano nella Medicina pubblica i confini sfumati tra la nostra Materia e l'Igiene.

***

Lorenzo Borri spaziò col suo ingegno fervido anche fuori del campo, pur già tanto vasto, della sua disciplina. Egli, come il Maestro, che non avrebbe perdonato ad un suo aiuto di non gustare Orazio o Virgilio o di non saper distinguere un quattrocentista fiorentino da un quattrocentista senese, aveva una vasta cultura filosofica, letteraria ed artistica, da cui traeva i migliori conforti. Conosceva l'Italia nei suoi tesori più riposti

di bellezza di natura e d'arte e per godere la gioia, che gli veniva da contemplazioni e rievocazioni, preparava con cura il suo spirito alla emozione, che attendeva, e sapeva scegliere le condizioni più adatte per coglierla. Scriveva con larga ricchezza di lingua e con un'architettura berniniana di periodo, che a qualcuno potè sembrare l'espressione di uno sforzo, mentre Egli dettava rapidissimamente e magari batteva da sè alla macchina, tracciando, come gli sgorgava dalla mente, denso ed elaborato nei suoi minuti particolari, il concetto, che si vestiva spontaneamente della forma più concisa ed adatta a farne cogliere ogni sfumatura.

Era, per la vastità del pensiero e per la elevatezza della forma, oratore un po' aristocratico, che solo un uditorio fine ed attento poteva apprezzare nella giusta misura. Nonostante, quando, scoppiata la guerra, vestì la divisa dell'ufficiale medico e si chiuse durante quasi quattro anni nel Cirognini di Prato per organizzare, dirigere e sciogliere uno dei più importanti Ospedali di riserva della Toscana, disse talora ai soldati, riuniti in quadrato per qualche cerimonia militare, parole, che arrivavano al cuore.

Scrisse di letteratura, d'arte e di sociologia e, per le onoranze preparategli da allievi e colleghi nell'occasione del suo giubileo professionale, dovevano uscire ed usciranno, senza che Egli possa goderne il compiacimento, alcuni suoi scritti, che accanto a dei versi squisiti — tra i quali mirabili quelli, con cui tradusse la *Ballata di Reading Goal* di Oscar Wilde — costituiscono una quasi ignorata manifestazione di quell'ingegno multiforme e potente.

***

Come ebbe forte il corpo e l'intelletto ebbe anche gagliardo il carattere. Le tante traversie della sua vita, che con fiera dignità chiuse in sè o confidò, sempre serenamente, soltanto agli amici più intimi, non lo piegarono nè lo distrassero dal lavoro continuo e fecondo. La morte lo trovò fermo nel suo pensiero filosofico, che aveva segnato austeramente nelle parole lasciate alla moglie ed ai figli; e nei momenti lucidi della sua malattia, quando Egli potè intravedere dove essa lo conduceva, non ebbe mai un attimo di incertezza o di esitazione, come non ne aveva avuti nella sua vita di cittadino onesto e di lavoratore assiduo ed infaticabile.

Fu ricondotto morto nella sua Scuola a Firenze e trasportato a Trespiano col rito civile. La sua salma fu cremata.

CESARE BIONDI
professore nell'Università di Siena.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 8 ottobre 1923 — Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

L'esame ultramicroscopico del sangue in relazione al genere di allattamento.

Prof. L. SPOLVERINI, direttore,
e R. GENTILE, laureando (1).

Se osserviamo all'ultramicroscopio il siero di sangue normale, ottenuto mediante centrifugazione e prelevato specialmente dopo il pasto, vediamo spiccare nel campo oscuro minutissimi e numerosissimi granuli splendenti, dotati di attivi movimenti di danza. L'immagine osservata può essere paragonata alla miriade di particelle impalpabili di pulviscolo messe in evidenza da un raggio di luce solare incidente in un ambiente preferibilmente oscuro.

La mobilità di tali elementi (emoconi) deve essere ritenuta un carattere indispensabile per differenziarli da altre sostanze. Conservano difatti tale carattere anche quando sono scarsi, e non rimangono fissi nello stesso punto, come affermano alcuni (De Domenico). Non vi ha dubbio per altro che essi, osservati un'ora e mezza o due ore dopo il pasto, appaiono più mobili che nelle ore successive; ma ciò è in relazione specialmente colla qualità e colla quantità di essi e con la tecnica più o meno perfetta adoperata per allestire il preparato. Del resto non tutti gli emoconi di uno stesso campo dimostrano la stessa mobilità.

Così pure è differente il loro potere di rifrangenza fra quelli di uno stesso campo e degli altri osservati nelle diverse ore del giorno. In genere i più mobili appaiono anche i più rifrangenti.

La grandezza è varia: da granuli piccolissimi appena visibili anche all'ultramicroscopio fino a quelli bene distinti di media grandezza.

La forma più comune è la sferica ed a bastoncini.

Difficilissimo in genere ne è il conteggio dato il numero e la mobilità grande, anche se per l'allestimento dei preparati si segue la tecnica usuale adoperata dai vari ricercatori; esso si rende addirittura impossibile se si eseguono

(1) Il laureando GENTILE ha validamente contribuito nelle ricerche ultramicroscopiche, avendone fatto argomento della sua tesi di laurea.

ricerche sul siero di sangue allo scopo di eliminare le principali cause di errore, inevitabili, come vedremo, col metodo ordinario dello studio sulla goccia di sangue.

Fu il Müller che per primo nel 1896 dette a tali elementi il nome di emoconi, e le ricerche ulteriori dei vari sperimentatori dimostrano che sebbene la loro genesi debba ritenersi multipla (Stockes, Arming, Rachimann, Stengel, Cesaris-Demel, Rusca, Zibordi), pur tuttavia la loro natura è prevalentemente grassa e di origine alimentare, in quanto si modificano in modo sensibilissimo sia qualitativamente che quantitativamente in seguito all'introduzione di sostanze grasse nell'organismo (Müller, Leva, Neisser, Wiener, Neumann, Cottin, Lemierre e Brulé, Reicher, Scheble, Spolverini), mentre che solo in minima parte possono ripetere un'origine lipoidea e forse anche proteica.

La tecnica abituale descritta dai vari autori è quella della osservazione diretta in campo oscuro di una goccia di sangue compressa tra porta-oggetti e copri-oggetti bene puliti e sgrassati.

Ma una tale tecnica, che certo è la più semplice, dà luogo nella pratica a molteplici cause di errore (come uno di noi — Spolverini (1) — ha dimostrato) per riguardo all'interpretazione dei risultati, i quali nello stesso momento possono andare soggetti a notevoli variazioni a seconda del modo come il preparato viene allestito ed osservato.

Difatti è evidente che, perchè siano possibili i confronti tra le letture dei diversi saggi di sangue in rapporto alla qualità (grandezza) e più che altro alla quantità (numero) degli emoconi contenuti, è indispensabile che la quantità di materiale da esaminare sia possibilmente sempre identica. Ora praticamente, come si può questo verificare adottando il metodo classico della raccolta di una goccia di sangue (dietro puntura) e del suo schiacciamento tra due vetrini? Ed ammesso anche che la goccia di sangue prelevata sia sempre uguale, chi può garantire che lo schiacciamento manuale del preparato (necessario per evitare che la presenza eccessiva e l'agglomeramento dei corpuscoli figurati del sangue impediscano la visione degli emoconi) sia sempre della stessa intensità, senza di che evidentemente il numero degli emoconi riscontrati può per questo solo fatto presentare inevitabili variazioni in più od in meno? E lo schiacciamento un poco eccessivo del preparato non disturba forse in grado notevole — e talvolta anzi annulla — il movimento caratteristico degli emoconi, indispensabile per constatarne l'esatta visione? A tutto ciò conviene aggiungere che chi ha pratica di tali ricerche facilmente si rende conto del disturbo grande che talora arrecano nelle visioni all'ultramicroscopio i globuli rossi, i quali per la forte rifrangenza provocata dai raggi luminosi incidenti impediscono di osservare a lungo e liberamente il campo del preparato e quindi gli emoconi, molti dei quali inoltre rimangono da essi nascosti.

Per evitare così gravi cause di errore noi nelle presenti ricerche abbiamo adottato il nuovo metodo studiato ed illustrato appunto nel precedente lavoro, servendoci, anzichè del sangue in toto, solamente del siero con la tecnica seguente.

Il sangue mediante puntura veniva prelevato entro un tubicino capillare calibrato e sempre della medesima lunghezza, nell'interno del quale era stata fatta scorrere in precedenza una soluzione al 2 % di ossalato neutro di potassa per evitarne la coagulazione. Tale tubicino, previa chiusura, veniva subito posto alla centrifuga elettrica ed il sangue centrifugato costantemente per quattro minuti e collo stesso numero di giri al minuto. In tale modo il siero si separava in alto limpido, ed in considerazione che le sostanze grasse risalgono appunto alla superficie, noi eravamo sicuri di trovare lì la quasi totalità degli emoconi contenuti. Dopo di che, tagliando il tubicino allo stesso livello, prendevamo sempre la stessa quantità di siero, che depositavamo su di un vetrino porta oggetti, sul quale facevamo cadere — senza esercitare alcuno schiacciamento — un coprioggetti pure esso sempre uguale tanto nello spessore quanto nella superficie e procedevamo così alla lettura del preparato, lasciando costantemente invariata l'apertura del diaframma del paraboloide.

Durante le nostre osservazioni all'ultramicroscopio noi ci siamo dovuti accontentare, per riguardo al numero degli emoconi che si riscontravano nel preparato, di designarne il grado colle parole rari, scarsi, numerosi, molto numerosi, numerosissimi, adottando cioè la stessa nomenclatura adoperata dagli altri autori; rendendosi assolutamente impossibile qualsiasi conteggio col metodo di esame praticato. Per ciò che si riferisce alla dimensione di essi li abbiamo classificati in grandi, medi, piccoli e piccolissimi, intendendo per questi ultimi quelli quasi pulviscolari.

Stabilita così la tecnica, abbiamo intrapreso

---

(1) SPOLVERINI. *L'influenza degli idrati di carbonio nell'assorbimento dei grassi.* Archivio di Farmacologia sperimentale, Roma, 1922.

una numerosa serie di osservazioni sugli emoconi nei lattanti in rapporto specialmente al genere di allattamento, a cui essi erano sottoposti.

Le nostre ricerche sono state eseguite sopra dodici bimbi, dei quali cinque ad allattamento naturale, cinque a quello artificiale e due ad allattamento misto.

Essi in via generale godevano tutti buona salute; soltanto due del primo gruppo presentavano un eczema umido delle guance, e due erano eredoluetici senza alcuna manifestazione in atto; del secondo gruppo solo uno presentava segni di diatesi essudativa.

Durante le ricerche abbiamo tenuto conto:

a) del tempo decorso dal pasto, pur variando l'orario di osservazione, la quale però è stata fatta sempre allo stesso intervallo di tempo da quello; ciò per vedere se esistessero delle possibili differenze di risultati nelle ricerche fatte nel mattino e nel pomeriggio;

b) della quantità di latte somministrato per pasto;

c) della percentuale di grasso contenuto nel latte;

d) delle funzioni digestive e gastro intestinali;

e) dell'età;

f) delle condizioni di nutrizione e dello stato di salute;

g) dell'accrescimento;

h) della parte del corpo da cui si prelevava il sangue, nonchè della temperatura e della posizione di esso; procurando che fosse sempre identica; essendo oramai noto che i risultati degli esami di sangue subiscono notevoli oscillazioni in rapporto alla posizione del corpo ed alla temperatura della parte su cui si fa la puntura.

Sarebbe certo assai utile — anche per maggiore chiarezza e dimostrazione dei risultati raggiunti — potere riferire per esteso i protocolli delle singole esperienze, ma la soverchia estensione delle medesime — oltre 300 osservazioni — ci obbliga a dovere riassumere le conclusioni.

Da esse risulta avanti tutto che in linea di massima i risultati sono stati conformi in tutti e dodici i lattanti.

In primo luogo difatti abbiamo potuto constatare che il numero degli emoconi aumenta costantemente ed in modo evidentissimo dopo ogni pasto, raggiungendo il massimo — a funzioni digestive normali — verso le due ore e mezzo per cominciare a declinare nelle successive.

Tale constatazione è stata uguale per tutti e tre i gruppi di lattanti.

Per altro a parità di condizioni il fenomeno della rapida comparsa e del notevole aumento degli emoconi è assai più manifesto in quelli ad allattamento materno che non negli altri.

Anzi si può dire che mentre nei primi la massima scarica incomincia già dopo un'ora e mezza e continua intensa nelle ore successive subendo solo una lieve discesa dopo tre ore, in modo che l'organismo del bambino ad allattamento naturale si può considerare quasi a permanenza sotto una carica abbondante e continua di emoconi; negli altri invece si nota una differenza fra i risultati ottenuti una ora e mezza o due e quelli di tre ore dopo il pasto; in quanto la scarica massima si verifica un poco in ritardo ed è meno numerosa.

Inoltre, restando invariate tutte le altre condizioni di esperimento, gli emoconi aumentano o diminuiscono nello stesso lattante a seconda che varia in più o in meno la quantità di latte somministrato.

Una differenza notevolissima in più appare costantemente in rapporto a somministrazione di burro (bambini ad allattamento artificiale).

Per altro ad un giudizio sommario, le esperienze eseguite non dimostrerebbero come regola generale che ad una maggiore o minore percentuale di grasso contenuta nel latte, in ispecie materno, debba corrispondere un aumento o una diminuzione di emoconi nel sangue del bambino lattante, come sarebbe stato logico attendersi; anzi talune volte si è verificato il fenomeno inverso.

Infatti alcuni bambini (n. 1-3-5) che ricevevano latte materno eccessivamente ricco di grasso (5 %-6 %-7 %) presentavano emoconi in minore numero di altri (n. 2-4) che ricevevano latte con una percentuale di grasso al 3 %.

Questo fatto a prima vista paradossale trova la sua convincente spiegazione nella constatazione che i lattanti che si nutrivano con latte così ricco di grasso presentavano tutti qualche disturbo gastro-intestinale (dispepsia) più o meno accentuato, mentre negli altri le funzioni digestive si compivano regolarmente.

Difatti le osservazioni fatte ad esempio sul bambino n. 3 dimostrano che mentre nei primi giorni, a funzioni digestive buone e con latte al 6 % di grasso, gli emoconi sono stati molto numerosi; invece quando le condizioni intestinali si fecero irregolari anche gli emoconi diminuirono, pur rimanendo invariata la quantità e la qualità del latte; ed in seguito, migliorando le condizioni digestive, anche gli emoconi tornarono ad aumentare.

È certo quindi che, a parità di tutte le altre condizioni, la percentuale di grasso contenuta nell'alimento finisce coll'esercitare una notevo-

le influenza sulla quantità totale degli emoconi circolanti in determinate condizioni.

Del resto una tale influenza si rende manifesta in modo più chiara e costante nel caso di maggiore o minore quantità di alimento in toto introdotto con percentuale normale di grasso; e ciò evidentemente perchè in queste condizioni le funzioni digestive del bambino lattante riescono più facilmente a mantenersi normali.

Risulta per altro che il fattore che più di tutti influisce sul comportamento *quantitativo* degli emoconi è dato dalle funzioni digestive.

Sappiamo infatti dalla fisiologia quanta importanza abbiano il succo pancreatico e biliare sulla digestione dei grassi in modo da renderli facilmente assorbibili da parte della mucosa intestinale.

Basta quindi un perturbamento, anche non eccessivo, dell'ambiente gastro-enterico per qualsiasi causa, perchè detti succhi compiano in modo irregolare la loro funzione, derivandone quindi un minore assorbimento di grassi da parte dell'organismo, facilmente controllabile a mezzo delle ricerche degli emoconi circolanti nel sangue.

Orbene a parità di condizioni di tutti gli altri fattori, gli emoconi aumentano o diminuiscono a seconda che le funzioni gastro-enteriche sono buone o incomplete come chiaramente dimostrano le varie ricerche eseguite.

Del resto tutte queste constatazioni relative al comportamento quantitativo degli emoconi nel sangue circolante in rapporto all'alimentazione ed alle funzioni digestive del soggetto, sono in genere concordi con quelle eseguite dagli altri osservatori sugli adulti.

Dove per altro i risultati delle nostre ricerche acquistano un valore tutt'affatto particolare è sul comportamento *qualitativo* (dimensione) degli emoconi in rapporto al genere di allattamento.

Difatti abbiamo potuto constatare come regola costante che a parità di condizione di tutti gli altri elementi di esperimento, nei bambini ad allattamento naturale, in ispecie con funzioni digestive normali, prevalgono in modo impressionante le forme piccolissime quasi pulviscolari all'esame ultramicroscopico, sulle piccole che si presentano piuttosto scarse e le medie assai rare. Non si sono riscontrate quasi mai le forme grandi.

Tale reperto si mantiene anche dopo tre ore dal pasto.

Invece negli allattati artificialmente, benchè con alimento contenente la stessa percentuale di grasso di quello del gruppo precedente e con regolari funzioni digestive, il reperto ultramicroscopico si presenta assolutamente diverso, in quanto prevalgono le forme piccole di emoconi, essendo in genere addirittura assenti le piccolissime e relativamente scarse le medie.

Una tale differenza nel rapporto qualitativo degli emoconi tra i bambini ad allattamento naturale e quelli ad allattamento artificiale noi abbiamo riscontrato conservarsi negli stessi soggetti a seconda delle loro più o meno buone funzioni intestinali.

Difatti se queste si allontanavano dalla norma e si presentavano anche semplici sintomi di dispepsia, allora negli allattati al petto si riscontravano un poco più numerose le forme medie, specie in relazione alle piccolissime, che apparivano alquanto diminuite; invece in quelli ad allattamento artificiale le forme medie si notavano discretamente numerose, mentre diminuivano le piccole ed inoltre comparivano anche le grandi in maniera evidente.

Ma non appena in questi bambini si otteneva un miglioramento delle funzioni digestive anche il comportamento tanto qualitativo che quantitativo degli emoconi circolanti tendeva a ritornare alla formula normale.

Una eccezione a questa regola generale sul rapporto qualitativo sembrerebbe potersi dedurre dall'osservazione fatta nel n. 3 in quanto si è notata la presenza di discreto numero di emoconi di media grandezza anche in quei periodi in cui le funzioni digestive apparivano abbastanza buone; ciò per altro potrebbe forse mettersi in rapporto con l'alta percentuale di grasso, 6 %, contenuta nel latte materno.

Un tale diverso reperto qualitativo degli emoconi tra i bambini allattati naturalmente od artificialmente deve certo ripetere la sua causa dalla diversa composizione del latte di donna da quello di vacca; diversità riferibile non solo all'intima composizione del grasso (volendo sul momento limitare l'attenzione solamente a questo componente) ma anche alla sua diversa apparenza morfologica; essendo, come è noto, più piccoli in complesso i globuli di grasso nel primo che nel secondo.

Pertanto i risultati complessivi delle nostre osservazioni ci portano a concludere che dall'esame ultramicroscopico del sangue noi non solo abbiamo un indice dello stato delle funzioni digestive del piccolo bimbo, ma possiamo anche dedurre a quale genere di allattamento esso è sottoposto.

E del resto le osservazioni eseguite sui due bambini ad allattamento misto servono a convalidare i risultati concordi degli altri casi.

In essi difatti mantenendosi sempre inva-

riata la stessa quantità di elemento introdotto (grammi 100 per pasto), questo in un primo tempo era rappresentato dal latte materno solo per metà ed il resto da una miscela di acqua e latte vaccino più saccarina. Orbene nel sangue prevalevano le forme piccole e medie di emoconi. A mano a mano che il latte materno aumentava fino a raggiungere i due terzi del totale e anche le funzioni intestinali miglioravano, non solo gli emoconi aumentavano di numero, ma anche cominciavano a comparire le forme piccolissime, che poi presero il sopravvento; nel mentre diminuivano le forme piccole e più che altro le medie.

Non si sono riscontrate differenze apprezzabili per riguardo ai risultati nelle ricerche fatte nelle varie ore del giorno, ferme restando le altre condizioni di esperimento.

Non risulta dimostrata, almeno da queste nostre ricerche, una influenza speciale della età del bambino lattante sul comportamento qualitativo e quantitativo degli emoconi.

***

Abbiamo colto l'occasione delle presenti esperienze per estendere ai lattanti le ricerche eseguite l'anno passato in clinica sui bambini più grandi circa l'influenza degli idrati di carbonio sull'assorbimento dei grassi.

La tecnica è rimasta invariata, soltanto in vari periodi abbiamo somministrato insieme al latte di donna o di vacca degli idrati di carbonio sotto forma (a seconda dell'età e delle condizioni gastro-intestinali del soggetto) di zucchero, Mellin's Food, farina di grano tostata.

I risultati concordi ottenuti ci portano alle identiche conclusioni già descritte a proposito dei bambini più grandi.

Risulta infatti in modo evidente che il numero degli emoconi aumenta in seguito alla somministrazione di una conveniente dose di idrati di carbonio insieme al latte.

Però mentre l'aumento si verifica in modo notevole già dopo un'ora e mezza dall'introduzione dell'alimento contenente zucchero (in specie negli allattati artificialmente); invece ritarda fino a due ore col Mellin's ed anche a tre con la farina di grano tostata.

Ciò dimostra che l'influenza che esercitano gli idrati di carbonio è diversa col variare della qualità dei medesimi, e mentre è più rapida con lo zucchero, è meno intensa, ma in compenso di più lunga durata, con sostanze amidacee più o meno diastasate, le quali clinicamente sono tollerate meglio dello zucchero; constatazione questa di cui è facile rendersi conto, riportandosi ai principi generali di fisiologia e di chimica fisiologica.

Ma, oltre che sulla quantità, gli idrati di carbonio sembra che esercitino un'influenza anche sulla qualità degli emoconi, sebbene questa seconda proprietà non risulti in modo così netto ed indiscusso come la prima.

Difatti le forme medie che si potevano in taluni bambini riscontrare nel sangue in discreto numero, in seguito alla somministrazione di zucchero, ovvero di Mellin's, tendevano a diminuire, apparendo sempre più numerose rispettivamente le forme piccole e piccolissime.

È vero che potrebbesi anche obbiettare che tale diminuzione delle medie fosse più apparente che reale, in quanto aumentando considerevolmente le piccole e piccolissime, potevano rendersi per questo solo fatto meno visibili all'esame ultramicroscopico le forme medie.

Comunque la constatazione, mantenendosi costante, acquista certo il suo valore.

Del resto l'esperienza dimostra che l'influenza benefica degli idrati di carbonio si esercita in maniera indubbia a funzioni digestive normali e si mantiene evidente anche nei momenti in cui queste sono alterate in ispecie durante i fatti dispeptici, non solo in rapporto alle ricerche sul sangue, ma anche — quel che più conta — in rapporto ai risultati clinici.

Ed in vero in linea generale in tutti quei bambini che presentavano funzioni digestive incomplete accompagnate da disturbi intestinali più o meno accentuati ed in cui il latte in ispecie materno si presentava spesso eccessivamente ricco di grasso (vedi tabelle n. 1, 3, 5), la somministrazione degli idrati di carbonio sotto diversa forma a seconda delle esigenze dei singoli casi (Mellin's Food, farina di grano tostata), ha finito col regolarizzare le funzioni digestive e nello stesso tempo col migliorare l'accrescimento del peso ed aumentare il numero degli emoconi nel sangue, in ispecie i piccoli.

CONCLUSIONI.

Le principali conclusioni che si possono trarre dalle ricerche eseguite crediamo utile ricapitolare nelle proposizioni seguenti:

1) L'indagine ultramicroscopica del sangue di un bambino lattante ci può rilevare il genere di allattamento a cui è sottoposto, e fornirci anche indicazioni sullo stato delle sue funzioni digestive.

2) Il rapporto sia qualitativo che quantitativo degli emoconi circolanti, ferme restando tutte le altre condizioni di esperimento, varia nello stesso bambino lattante in modo assai

manifesto con regola costante e con ordine decrescente *in prima linea*:

a) col genere di allattamento;

b) col tempo decorso dall'ingestione del latte;

c) collo stato delle funzioni digestive;

in seconda linea:

d) colla quantità del latte introdotta, se normale nei suoi componenti;

e) colla percentuale di grasso contenuta nel latte.

3) La somministrazione di idrati di carbonio (sotto forma diversa a seconda l'età) esercita un'influenza benefica sull'assorbimento del grasso contenuto nel latte, benchè con percentuale un poco elevata, regolarizzando anche le funzioni intestinali.

Pavia, luglio 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI SAMPIERDARENA.
REPARTO NEUROLOGICO
diretto dal primario prof. RICCA.
REPARTO MEDICINA UOMINI
diretto dal primario dottor ALFONSO.

Sopra un caso di meningite acuta sifilitica in periodo terziario.

Dott. PIO MARIANO POLLERI,
aiuto di medicina interna.

Una volta formulata la diagnosi generica di meningite, un quesito di grande importanza si affaccia al medico: lo stabilire l'etiologia. Infatti nel fissare l'etiologia della forma morbosa è basata la prognosi e la cura.

Non sempre un esordio brusco della fenomenologia meningea depone per una forma di meningite sierosa o purulenta acuta, come non sempre un esordio lento e subdolo depone per una forma di meningite tubercolare e, molte volte, i soli dati clinici e fenomenologici lasciano perplessi sulla qualità del germe che ha determinato il morbo, e, come discriminante del quadro nosologico è allora necessario ricorrere alla puntura del sacco durale ed all'esame del liquido cefalo-rachidiano.

Con tale ricerca già macroscopicamente si può escludere od ammettere la forma purulenta; se però, il liquido non è purulento non si può senz'altro parlare di meningite tubercolare, anche se si hanno alcuni dati favorevoli a tale forma, ma è necessario, e ciò specialmente negli adulti, prospettarsi l'eventualità, sia pur rara, ma sempre desiderabile in tali casi, che possa trattarsi di meningite sifilitica acuta anche se i dati anamnestici o non accennano ad una antica infezione luetica od accennano ad una lue ormai entrata nel periodo terziario, ossia quando le manifestazioni acute di essa da parte delle meningi non sono abitualmente considerate, poichè generalmente, con Bronstein, si ammette che nel periodo terziario della sifilide le meningiti acute non sieno che una riacutizzazione di una forma cronica ovvero semplici episodi meningei legati però sempre alla primitiva forma cronica.

***

Il periodo di elezione infatti per l'esplosione della meningite acuta luetica è secondo i numerosi autori che hanno osservato di tali forme il periodo secondario; una percentuale assai minore di meningiti luetiche acute si osserva nel periodo primario; rarissima la meningite luetica acuta del periodo terziario, talchè, come più sopra ho detto, alcuni autori non l'ammettono se non come riacutizzazione di una forma cronica.

E per meningite luetica io intendo il quadro clinico completo, accompagnato da febbre e dalle alterazioni del liquor, e, non soltanto, qualche sintoma che possa far sospettare una lieve reazione meningea oppure le semplici alterazioni del liquor, le quali sono frequenti a trovarsi nel periodo primario o secondario, ma che per l'assenza di manifestazioni cliniche non possono essere conglobate nel quadro anatomo clinico della meningite.

La casistica di tali forme e specialmente quella limitata alla semplice manifestazione del liquor è abbastanza numerosa. Infatti Kingerj su 52 bambini che presentarono note caratteristiche eredo luetiche constatò in 15 (28 per cento) liquor con reperto luetico; Nicolau esaminò il liquor in 51 sifilitici appena dopo la scomparsa del sifiloma iniziale ed ha trovato in 19 linfocitosi; le punture lombari furono fatte rispettivamente in 7 durante la terza settimana dal sifiloma iniziale; in 5 durante la quarta settimana; in quattro nella quinta; in uno nella sesta; in due ammalati l'A. non riuscì a stabilire la data del sifiloma iniziale; si avrebbe quindi secondo tale casistica una reazione nel 35.79 % dei casi; tale percentuale si innalza ancora se esaminiamo la casistica di Roque e Lavan che hanno notato una reazione meningea nel 50 % dei casi. Talvolta, sebbene raramente il liquor nel pe-

riodo primario dà una reazione di Wassermann positiva accanto ad una negativa del siero, alludo al caso di Gemerich.

Nel periodo secondario tali dati statistici si innalzano notevolmente; infatti secondo Hutinel e Roger Voisin si avrebbero reazioni e risentimenti meningei nel 50 % dei casi; secondo Ravaist nel 68 %; secondo Eskuchen nell'85 %; secondo Nicolau nel 55 %; ed infine secondo Dreyfus nell'80 %.

Ora accanto a queste percentuali di reazioni e di risentimenti meningei alla infezione luetica, notevoli nel periodo primario, abbastanza alti, anzi secondo Eskuchen e Dreyfus altissimi nel periodo secondario, sono relativamente limitati i casi di meningite acuta luetica noti sia negli eredo-sifilitici che in malati di sifilide in periodo secondario; infatti secondo le ricerche del Samaja apparterrebbero al primo gruppo sette casi, e al secondo gruppo 41 casi più due descritti dall'autore stesso, e non è da ammettere che non si pensasse anche prima delle ricerche biologiche specifiche sul liquor alla forma di meningite luetica, che anzi si annoveravano nel gruppo luetico quelle forme a decorso acuto che esplodevano in soggetti portatori di un'infezione luetica e che miglioravano e guarivano mediante la cura specifica.

***

L'intercorrenza fra la primitiva manifestazione luetica, sifiloma, e la manifestazione della sindrome meningea acuta ha limiti abbastanza ampi e talvolta l'infermo nota un periodo di cefalea, specie notturna, che può precedere l'esplosione dei fatti acuti di qualche settimana, di un mese od anche più.

Nei casi descritti da Boidin e Weil, da Andrej e Lavan la meningite precedette la roseola; Gancher e Malloizel constatarono la meningite acuta dopo due mesi dall'accidente primitivo; dopo tre mesi Widal e Gray; dopo quattro mesi Ballet e Barbè; dopo sette mesi Sicard e Roussy. Più rare e quasi eccezionali sono considerate le meningiti acute sifilitiche che si manifestano due o più anni dal sifiloma primitivo, ossia in pieno periodo terziario, e per lo più tali forme come già accennai vengono considerate come una riacutizzazione di forme croniche latenti non ammettendosi la forma acuta in tale periodo. Il reperto necroscopico però di alcuni casi venuti a morte mette chiaramente in luce anche la possibilità di casi di meningite acuta luetica in periodi tardivi; un caso di meningite acuta sifilitica che si manifestò due anni dopo il sifiloma iniziale è desritto da Chatelin e Barat; un altro caso è descritto dal Samaja; in questo si ebbe il contagio nel 1917, la sindrome di meningite acuta esordì improvvisamente con brivido violentissimo di freddo e febbre il 1920; e in un altro caso descritto pure dall'autore la meningite acuta si manifestò con febbre e cefalea in un individuo di 30 anni che non ricordava di non aver mai avuto sifilide e che obbiettivamente non presentava alcun segno di manifestazioni secondarie di tale forma, quindi verosimilmente in pieno periodo terziario. Schneider e Spech descrivono due casi in cui la meningite acuta si ebbe dopo due anni, ed infine Pette ne descrive un caso dopo sette anni.

Sono sei quindi i casi che per quanto ci consta, sono noti di meningite acuta esplosa nel periodo terziario. In tutti questi casi accanto alla sindrome clinica completa si potè osservare un reperto positivo del liquor. Con ciò si spiega come in pratica si trascuri la possibilità della meningite luetica nel periodo terziario, ed è per questo fatto che di fronte ad una sindrome di meningite acuta con febbre, quando si sia esclusa la forma purulenta e le altre forme a tipo linfocitario più comuni, quali quella da poliomielite, da zona, da piombo, ecc., sapendo l'infermo luetico da antica data si pensa alla forma tubercolare, tanto più che praticata la puntura lombare il liquor dà un reperto che è comune per le sue forme. Infatti in entrambe abbiamo un Pendy positivo, abbiamo una cospicua linfocitosi, abbiamo una notevole diminuzione di zucchero ed un notevole aumento dell'albumina. Nella forma tubercolare sarebbe caratteristico il reticolo Mya, ma se questo si ha abbastanza costantemente nella meningite tubercolare è altresì notorio che in altre forme di reazione del liquor si può notare un reticolo e precisamente anche sebbene raramente nella forma di meningiti luetiche; per quest'ultima forma sarebbe probativo la positività della reazione Wassermann, ma d'altra parte sappiamo che in molti casi di meningiti luetiche la reazione fu negativa nel liquor e nel siero.

Per la forma tubercolare si dovrebbe avere come dato di capitale importanza la presenza di bacilli acido resistenti nel liquor, ma la ricerca di tali morfologie nel liquor è oltremodo incerta, ed in qualche caso in cui si formulò la diagnosi di meningite tubercolare per la presenza di morfologie acido resistenti nel liquor e la forma morbosa volse a guarigione l'innesto nel peritoneo delle cavie dei germi isolati fu negativo (Vissawy e Tervis),

quindi anche dal punto di vista biologico è molte volte incerto lo stabilire l'etiologia di una meningite acuta a tipo non purulento quando ci si apponga la diagnosi differenziale fra meningite tubercolare e meningite luetica in pazienti che siano portatori di entrambi le infezioni, o che ignorino di essere luetici e che quindi avviano il giudizio più facilmente verso la forma tubercolare, o che pur ammettendo la lue, vengono considerati nel periodo terziario e quindi l'eventualità della forma meningitica luetica viene negletta.

Accanto a questa grave incertezza d'ordine etiologico stanno le importanti conseguenze relative alla prognosi e alla cura; negative come tutti sanno nel caso di forma tubercolare; positive nella grande percentuale dei casi nella forma sifilitica.

***

Credo utile a questo punto citare un caso clinico occorso alla mia osservazione, in cui la diagnosi etiologica fu dapprima incerta ed ove il trattamento antiluetico ci sortì benefici effetti:

Trattasi di un certo Adolfo Barb., di anni 40, elettricista.

Ha genitori, 3 fratelli e 2 sorelle, vivi e sani. Una sorella morì a 19 anni di tubercolosi polmonare. Null'altro di importante nella anamnesi famigliare. È sempre stato in ottime condizioni di salute fino ai 17 anni, epoca in cui si contagiò di blenorragia; guarì bene nel breve volger di tempo. Durante la pandemia influenzale del 1918, aveva 35 anni, fu colpito da una forma broncopolmonare, di cui guarì in circa quarantacinque giorni; da allora però afferma di essere soggetto saltuariamente a facili affezioni catarrali delle vie respiratorie accompagnate da rialzi termici per i due anni successivi; in questi ultimi due anni invece non ebbe più a soffrire disturbi di sorta all'apparato respiratorio.

A 36 anni si contagiò di ulcere multiple per cui gli fu consigliata oltre la cura locale un trattamento a base di mercurio.

La cura non fu nè regolare, nè completa.

Guarito delle manifestazioni primitive stette bene fino all'attuale malattia.

Riferisce l'infermo che da tre mesi soffre di cefalea pressochè continua, non intensissima, a localizzazione prevalentemente frontale ed occipitale. Nessun altro disturbo ha tormentato l'infermo, che potè attendere alle ordinarie occupazioni fino ad un mese fa, quando comparve diplopia e senso di miastenia grave.

Tali fatti si acuirono improvvisamente quindici giorni or sono e ad essi si aggiunse dapprima la nausea, poi vomito.

Tale fenomenologia andò ancora aggravandosi, cosicchè fu deciso l'ingresso in ospedale il 24 marzo 1922.

L'infermo fu forte bevitore e forte fumatore.

Esame obbiettivo (24 marzo 1922). — Stato generale discreto. Cute e mucose visibili pallide, micropoliadenia laterocervicale ed inguinale, gangli epitrocleari.

Apparato respiratorio: Netti segni di sclerosi dell'apice destro. Sul restante ambito fatti catarrali diffusi delle vie bronchiali.

Apparato circolatorio: Cuore in limiti. Toni puri su tutti i focolai. Polso: regolare, ritmico, uguale, piuttosto raro (64) a pressione bassa (P. M. 105). Nulla di notevole ai grossi vasi.

Apparato digerente: Lingua uniformemente impatinata, con impronte dentarie. Addome avvallato, indolente, trattabile. Alvo stitico.

L'infermo ha vomito.

Milza e fegato in limiti normali.

Urinazione normale: Urine nelle 24 ore: cc. 1100. Densità 1018.

Albumina assente. Glucosio assente. Indacano presente. Acidi biliari presenti. Urobilinogeno normale. Urocromonogeno assente.

Sistema nervoso: Sensorio buono. Atteggiamento dell'ammalato a cane di fucile. Netto Koernig. Netta rigidità nucale verso la flessione, per quanto di grado modico.

Paresi dei due abducenti. Diplopia. Pupille ben reagenti.

Riflessi profondi di intensità media, salvo Achilleo di sinistra che pare abolito. Plantari in flessione per l'alluce ed a ventaglio. Addominali presenti.

Tendenza ad una certa iperestesia diffusa.

Esame in fondo dell'occhio: Papilla da stasi bilaterale. Le papille del nervo ottico appaiono prominenti con margini indistinti e striati radialmente, arrossate tanto da spiccare assai poco dal fondo circostante. Dilatazione notevole delle vene con emorragia a piccole chiazze lungo i vasi nell'ambito della papilla ed a lieve distanza all'intorno. Qualche chiazza di essudato biancastro che copre il decorso dei vasi per breve tratto.

Visus: O. D. 2/30, O. S. 2/30 scarso (25 marzo 1922).

La puntura lombare dà luogo alla fuoruscita di un liquido limpido a pressione piuttosto alta (esce a getto in un primo tempo). Pendy + + +.

Glucosio 0.36 ‰; Albumina 0.60 ‰; Linfociti: + di 300 per mm^2.

Reazione di Wassermann sul L. C. R. negativa a 6/10.

Reazione di Wassermann sul siero negativa (prof. M. Segale), 2/10.

Il 25, 26, 27, 28, le condizioni dell'infermo sono pressochè invariate. Il polso oscilla fra le 60 e le 70 battute al minuto con i caratteri già descritti.

L'infermo emette una discreta quantità di espettorato muco salivo purulento. Le ricerche fatte su tale espettorato dei bacilli acido resistenti furono negative (sei esami).

La temperatura oscillò in tale periodo dai 36.5 ai 37.8.

Il trattamento curativo fu prettamente sintomatico: ghiaccio al capo, due iniezioni da 2 cc. di olio canforato al dì; 1,5 di urotropina al giorno in tre volte. Dal 29 marzo al 5 aprile le condizioni dell'infermo hanno subìto un peggioramento; il vomito si è fatto più frequente, la diplopia continua accoppiata a fo-

tofobia fa sì che l'infermo chieda di essere lasciato all'oscuro, il polso non oltrepassa le 64 battute al minuto ed è vuoto; la temperatura va dai 36.5 ai 38.9. L'infermo non evacua se non dopo clistere. Urina spontaneamente. Il sensorio si è obnubilato.

Dal 6 al 23 aprile si hanno alterni periodi di miglioramento e di peggioramento; in complesso si può dire che l'infermo è stazionario, solo la temperatura in questo periodo si è mantenuta piuttosto bassa avendo oscillazioni che vanno dai 36.5 ai 38. In questo periodo di tempo essendo sorto il sospetto che invece di una forma di meningite tubercolare, alla quale subito si era pensato e sulla cui diagnosi indirizzava l'anamnesi ed il decorso della sindrome morbosa, si trattasse di una meningite luetica fu iniziata una cura specifica con iniezioni di 10 centg. di calomelano e con ioduro di K (potassio) per os.

In complesso furono iniettati in questo periodo 30 centg. di calomelano. Tale cura non modificò sensibilmente le condizioni dell'infermo.

Insistendo però nel concetto patogenetico su esposto si intraprese la cura endovenosa arseno-benzolica ed il 24 aprile 1922 si praticò la prima iniezione end. gr. 0.15.

Il 30 aprile condizioni pressochè invariate; iniez. end. neosal. gr. 0.15.

Il 7 maggio la cefalea è assai diminuita; cessata la fotofobia; cessato il vomito. Persiste ancora diplopia, paresi degli abducenti. L'atteggiamento dell'infermo è meno coatto. Ancora Koernig ed è un certo grado di rigidità nucale verso la flessione. Sensorio ripristinato. Non più rialzi termici. Iniezioni endovenose di neosal. p. 0.30.

Il 16 maggio condizioni generali in sensibile miglioramento. Iniez. end. di neosal. p. 0.45.

Il 20 maggio l'infermo non accusa più cefalea. Ancora qualche volta diplopia. Non più Koernig e rigidità della nuca, persiste papille da stasi.

Il 24 maggio iniez. end. di neosal. p. 0.45.

Il 26 maggio si pratica la puntura lombare la quale dà esito ad un liquido che fuoriesce a bassa pressione (a goccie), limpido.

Pendj +; Glucosio 0.37 ‰; Albumina 0.70 per mille; Linfociti 85 per mmq.

La reaz. di Wassermann sul L. C. R. è positiva nettamente a 2/10.

Il 31 maggio continua il miglioramento; iniezione di neosalvarsan 0.45.

Il 10 giugno l'infermo da qualche giorno si alza; non accusa più disturbi di sorta. In questi ultimi 15 giorni è aumentato di peso di un Kg.

Il 26 giugno si pratica una terza puntura lombare: liquido limpido che fuoriesce dall'ago a bassa pressione.

Pendj +; Albumina 0.60 ‰; Glucosio 0.50 per mille; Linfociti 18.

Il 30 giugno l'a. lascia l'ospedale. Persiste solo papilla da stasi ed abolizione dell'Achilleo di S.

L'infermo è stato rivisitato ambulatoriamente il 24 gennaio 1923 e l'11 aprile 1923 l'esame obbiettivo risultò completamente negativo; l'Achilleo sinistro è netto; solo un po' meno vivo che a destra. Il fondo oculare completamente normalizzato.

Da otto mesi il paziente lavora.

Nel caso su ora esposto un primo punto particolarmente interessante sta nella esplosione di una meningite acuta sifilitica in periodo terziario dell'infezione. Che si sia trattato di una meningite luetica risalta ora in modo indubbio potendo escludere la forma tubercolare dal decorso successivo all'indirizzo terapeutico seguito e dalle concomitanti modificazioni del liquor dal lato chimico citologico (vedi esami) e biologico; infatti la reazione di Wassermann che prima fu sul L. C. R. negativa, divenne tosto positiva dopo la prima serie di iniezioni endovenose.

E questa forma dal punto di vista clinico essendo sopravvenuta in soggetto completamente sano e senza alcun precedente clinico di lue nervosa deve essere in pratica considerata come una vera meningite acuta luetica terziaria. E ciò indipendentemente dal problema teorico se forme simili rappresentino o non acutizzazione di una reazione meningea rilevabile coll'esame del liquor ma sprovviste di qualsiasi manifestazione clinica.

Un altro punto di singolare importanza e di grande interesse pratico sta nella cura; infatti quando si sospettò che la lue potesse invocarsi quale momento patogenetico della sindrome morbosa si praticarono all'infermo tre iniezioni da 10 centg. di calomelano e contemporaneamente si somministrò per os ioduro di k fino a raggiungere 8, 1, 5 al dì; i risultati di questo primo tentativo contrariamente a quanto si osserva nelle forme nella maggior parte specifiche, in questo periodo furono completamente negativi; ed anzi questa negatività del reperto curativo ha fatto rimanere perplessi ed ha fatto pensare se non si dovesse ritornare nel concetto di una meningite tubercolare; un ultimo tentativo partendo dal dato ormai acquisito delle forme mercurio- o arseno-resistenti fu fatto a tale punto colla terapia arseno-benzolica, la quale come si è visto ha sortito benefici effetti; con ciò se si conferma l'etiologia luetica della malattia, si porta anche un ulteriore contributo al problema della riattività terapeutica dello spirocheta o per lo meno delle lesioni da esso provocate.

Ho creduto opportuno rendere noto il caso presente occorsomi per l'interesse pratico sia in relazione al quesito diagnostico in queste forme piuttosto rare di lue nervosa; sia in relazione all'indirizzo terapeutico seguito.

BIBLIOGRAFIA.

BRONSTEIN-BORIS. *Contribution à l'étude de la menni aiguë syphilitique*. Thèse de Paris, 1912-1913, p. 607.

KINGERY. *Le liquide cérébro-spinale dans 52 cas d'hiridosi*, 1921, n. 27, n. 271.

NICOLAN. *Ricerche sul liquido cefalo-rachidiano nel periodo primario della sifilide.* Annales de derm. et syph., 5ª serie, vol. 7, numero 5-6 giugno 1919, p. 200-220.

LAVAN. *Sopra le meningiti preröscoliche.* Ann. de derm. et syph., anno 1914-1915, p. 29-31.

GEMERICH. Citato da LAVAN.

HUTINEL-ROJER-VOISIN. *Meningili acute sifilitiche.* Tratt. di med. e terapia di GILBERT-THOIRROT. XXXV, 1914, p. 236.

BOIDEN XEIL. *Presse Médicale*, 19 ottobre 1907, n. 81, cit. da BALLET.

CHATELIN e BARAT. *Paralisi multiple bilaterali nel corso di una meningite sifilitica.* Revue Neur., 1913, p. 786.

GAUCHER e MALLOIZEL. *Sifilide secondaria ribelle al mercurio manifestatasi con poussées cutanee accompagnate da accidenti meningei.* Bull. de séances de la Soc. de derm. et de syph., 7 marzo 1907, p. 83.

WIDAL et LE BOURD. *Meningiti acute finite per guarigione.* Semaine Méd., 1922, p. 69.

BALLET et BARBÉ. *Un caso di meningite sifilitica con autopsia*, 1908, p. 337.

SICARD et ROUSSY. *Meningite acuta cerebro-spinale sifilitica. Citologia del liquor*, 1904, pagina 490.

VETTE ACZTLICHER. *Vereni Amburg*, 20 aprile 1920.

SAMAJA. *Meningite sifilitica acuta in adulti tubercolosi.* Rassegna di studi psichiatrici, 5 giugno 1921.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.
PADIGLIONE VIII.

Meningite acuta sifilitica nel periodo secondario precoce

per il dott. prof. BERNARDINO MASCI.

Le alterazioni che lo spirochete di Schaudinn produce nel sistema nervoso centrale sono divise dai neurologi, con criterio anatomo-patologico, in tre grandi categorie: 1° infiammazioni croniche iperplastiche; 2° alterazioni vasali; 3° neoformazioni sifilitiche (gomme).

In merito alle lesioni meningee, le esperienze e gli studi di questi ultimi anni hanno dimostrato che se la meningite luetica presenta ordinariamente un decorso cronico, sclero-gommoso, appartenendo alla sifilide terziaria, in qualche eccezionalissimo caso può presentarsi precocemente, fin nei primi mesi dall'avvenuta infezione, ed assumere un decorso acuto.

Oggi si ritiene che lo spirochete invada il sistema nervoso nel periodo secondario ed ivi possa restare quiescente per anni, così come possono trascorrere degli anni dai primi segni di un'aortite luetica alla formazione di un aneurisma. Levaditi ha perfino dimostrato che lo spirochete può dalla lesione primitiva ascendere pei nervi, entro gli spazi linfatici ed anche tra le fibre nervose. Il liquido cefalo-rachidiano può presentare, quindi, fin nel primo periodo dell'infezione segni di alterazioni di origine luetica delle meningi: così Hauptmann, Ravaut, Fordyee, Eseuden hanno fatto rilevare come il liquor possa presentare positive tutte le reazioni attestanti l'infezione luetica, anche senza che siano dimostrabili clinicamente focolai infettivi nelle varie parti dell'organismo e persino nel sistema nervoso; Hoffmann, Dehio e Tanaka, Rosenberg e Gordon hanno dimostrato la presenza dello spirochete fin dall'inizio del periodo secondario del morbo; Pette, passando in rassegna numerosi casi occorsi alla sua osservazione in 10 anni, conclude che la metà delle forme di sifilide cerebrale era già comparsa nei primi mesi dopo l'infezione.

Casi di meningite luetica precoce sono stati pubblicati da Krause, Loeb, Fahr, Staemmler, Wilson e Gray, Ledarte, Neumann, Banet, Schulz, Graf e Pirilac. Si tratta di meningiti acute insorte tutte da poche settimane a pochi mesi dopo avvenuta l'infezione. Weil e Boidin hanno descritto una meningite acuta precocissima, preroseolica, cinque giorni dopo l'apparizione del sifiloma; Jeanselme, Chevalier, Aubury hanno riportato dei casi analoghi. In questi malati a reazioni meningee precoci Nicolau ha trovato con molta frequenza l'ineguaglianza pupillare. Di essi non si conosce il reperto anatomo-patologico, poichè il trattamento specifico porta quasi costantemente alla guarigione.

Di grande interesse riesce, perciò, un caso di leptomeningite acuta sifilitica seguito da autopsia, descritto recentemente da Nonne sulla *Medizinische Klinik*. Si tratta di un operaio di 48 anni che nell'ottobre 1920 erasi contagiato di lues e nei mesi di novembre e dicembre dello stesso anno era stato sottoposto ad energico trattamento antiluetico, ricevendo in tutto 16 iniezioni di salvarsan e 12 di mercurio. Il malato, però, nel febbraio 1921 cominciò ad accusare cefalea intensa e diplopia, e nel maggio, cioè 4 mesi dopo terminata la cura, presentava sonnolenza, dolorabilità diffusa al capo, ptosi della palpebra sinistra, anisocoria, reazione pupillare alla luce torpida, paresi del retto esterno di destra, neurite ottica, rigidità della nuca, Kernig, dermografismo. Il resto dell'esame obiettivo era negativo. La puntura lombare diede: liquido limpido sotto forte pressione; Nonne-Apelt, Pandy, Weichbrodt, Wassermann positivi; culture in agar negative; mastix-reazione positiva per la lues cerebri; ipercitosi con prevalenza

dei polinucleati (2/3) sui linfociti (1/3), numerose plasmacellule. Nonostante venisse iniziata subito una cura antiluetica mista di salvarsan e mercurio, l'ammalato morì in 10ª giornata.

All'autopsia nulla si rilevò a carico dei vari organi. Il sistema nervoso non mostrava macroscopicamente altro che una opacità della pia madre sia cerebrale che spinale. Microscopicamente non si rinvennero alterazioni a carico della sostanza nervosa (cellule e fibre) sia del cervello, del cervelletto, che del midollo, mentre si avevano profonde alterazioni a carico della pia madre e di tutti i piccoli vasi sanguigni. Col metodo di Jahnel si constatò la presenza di numerose spirochete, in parte libere nel tessuto della pia madre, in parte nell'avventizia, nella media e nell'intima dei vasi; alcune si rinvennero anche nelle lacune linfatiche perivasali.

La rarità di simili reperti nella letteratura medica m'induce ad aggiungere alla casuistica una mia osservazione, la quale spicca sulle altre sopratutto per l'inizio acutissimo e il decorso rapidamente progressivo.

Si tratta di una distinta signora, appena ventenne, sposa da pochi giorni e in viaggio di nozze. Sono chiamato a visitarla in un albergo. Mi si lamenta di forte cefalea e di vomito; la temperatura non raggiunge i 38°. La esamino minutamente previa accurata anamnesi, e in primo tempo, dato il reperto obiettivo quasi negativo, mi riservo ogni giudizio diagnostico.

Il giorno seguente la temperatura oscilla fra 38° e 39° C.; la cefalea è intensissima, martellante, a localizzazione fronto-parieto-occipitale, ribelle al trattamento sintomatico sedativo; il vomito prosegue senza tregua e si esagera ad ogni tentativo di alimentazione o di ingestione di liquidi ghiaccati; l'alvo è chiuso; vi è dolenzia e discreta rigidità della nuca. Il quadro meningitico è netto, ma sulla etiologia non sono ancora in grado di pronunciarmi; dall'esame del liquor, ottenuto per puntura lombare, avrei certamente potuto stabilire qualche cosa di più preciso.

L'indagine anamnestica per sapere se vi siano tare ereditarie rispetto al bacillo di Koch o se l'inferma possa aver avuto qualche lesione (ossea, glandolare, polmonare, ecc.) da esso indotta, come pure l'esame clinico a ciò diretto riescono negativi. Vi sono glandole della grandezza di piselli sulle regioni carotidee e sopraclavicolari ed a sinistra del collo si riscontra una cicatrice biancastra, avvallata, a margini irregolari, aderente ai tessuti sottostanti; ma mi si risponde che la piccola lesione dipende da linfadenite acuta suppurata in seguito a difterite delle fauci.

La signora appare di costituzione abbastanza robusta; è un po' pallida; non ha erpete labiale. Sul sopracciglio sinistro si riscontra una piccola zona di alopecia mascherata da cosmetico, prodottasi, mi si dice, in seguito ad un foruncolo. Nessuna lesione a carico dei nervi cranici; nulla a carico delle orecchie, del naso, delle fauci e dei seni; nessun trauma o flogosi del cuoio capelluto. Apparati respiratorio, cardio-vascolare, digerente, uro-poietico, genitale perfettamente integri.

Le due forme di meningiti più comuni, la cerebro-spinale epidemica e la tubercolare, in esclusione di quelle malattie che possono dare meningismo, fissano maggiormente la mia attenzione. Al marito espongo le ragioni, sopratutto basandomi sul criterio epidemiologico, per cui ritengo non potersi trattare di una forma epidemica, e se per esclusione sono costretto a pensare ad una forma tubercolare, si tratta, se così è, certamente di una forma atipica.

Escludo una dispepsia acuta, poichè non hanno preceduto pasti eccessivi o anormali nè si è avuto vomito di alimenti recentemente assorbiti; mancano i dolori addominali, la cefalea è troppo intensa e il vomito, che si compie senza sforzo, ha spiccatamente carattere cerebrale. Escludo l'emicrania, poichè mancano completamente crisi pregresse più o meno periodiche di cefalea e vomiti alimentari e biliari: essa si presenta con caratteri cosi tipici che non si può prestare a confusioni diagnostiche; la sua durata massima è in genere di 12-24 ore; non si accompagna a febbre. Escludo che possa trattarsi dell'inizio di una malattia infettiva, come la pneumonite, il tifo, la scarlattina, il vaiolo, il morbillo, ecc., in cui il morbo può esordire con febbre, cefalea e vomito. Mancano segni di affezioni viscerali, toraciche o addominali, per cui si possa pensare a cefalea e vomito riflessi. L'esame delle urine, negativo per elementi patologici, fa scartare l'uremia. Non vi sono elementi per pensare ad una encefalite epidemica. L'ascesso cerebrale, da principio a decorso silenzioso e poi improvvisamente rivelatosi con sintomi di irritazione meningea e ipertensione endocranica, non si può sospettare per l'assenza di qualsiasi processo flogistico o trauma di quegli organi o apparati che lo possono generare; manca il polso raro. La cefalea dei tumori dell'encefalo, spesso abbastanza intensa da strappare grida ai pazienti, è sovente localizzata, esagerata dalla percussione del cranio; si manifesta sotto forma di accessi pa-

rossistici e s'accompagna ordinariamente a vomito, a vertigine, a papilla da stasi; l'esordio non è mai così tumultuoso. Non prendo in nessuna considerazione malattie come la sclerosi a placche, la paralisi progressiva, ecc. Di fronte ad un caso di cefalea intensa il nostro pensiero corre subito alla natura sifilitica, di così grande importanza diagnostica. Sotto questo punto di vista, conviene ricordare le due modalità più ordinarie della detta cefalea: 1) la cefalea sifilitica secondaria, profonda, intensa, gravativa, talvolta costrittiva o martellante, pertinace, continua, a esacerbazioni vespertine, che sembra legata ad un vero processo di meningo-encefalite congestiva luetica secondaria con ipertensione cefalo-rachidiana, come lo dimostra la puntura lombare; 2) la cefalea sifilitica terziaria, circoscritta, terebrante, persistente, ad esacerbazioni notturne, subordinata ad una neoplasia gommosa. Sebbene evenienza molto rara, non va perduta di vista la meningite sifilitica acuta, di cui si distinguono una forma comatosa ed una forma pseudo-tubercolare. Nella forma comatosa, dopo un periodo prodromico di cefalea intensa, il malato è colpito da ictus e cade in coma; all'uscita dal quale si osservano cefalea, perdita della memoria, disorientamento, incontinenza degli sfinteri. Nella forma pseudo-tubercolare il malato ha febbre moderata, è irrequieto, confuso, presenta contratture, strabismo, anisocoria, Kernig, ecc. Ma come poter pensare alla sifilide davanti ad una distinta coppia di giovani sposi, in viaggio di nozze? Un sospetto, una domanda, sia pure rivolta con la dovuta circospezione, avrebbero potuto offendere e offuscare il candore di un'ora così felice della vita.

Torno il giorno seguente per praticare la puntura lombare. Il quadro di una meningite acuta basilare è molto più netto; alla febbre, alla cefalea, al vomito, alla rigidità della nuca si sono aggiunti: ptosi palpebrale sinistra con anisocoria (pupilla sinistra più ampia della destra e reagente torpidamente alla luce), diplopia, Kernig, tendenza alla posizione a cane di fucile, riflessi tendinei vivaci, iperestesia diffusa, dermografismo rosso, ecc.

Il marito, di fronte alla conferma della diagnosi di meningite e alla gravità della prognosi, mi chiama da parte e si decide a confessarmi, alle eventuali delucidazioni della diagnosi etiologica, un particolare della catamnesi, per pudore nascostomi, malgrado i reiterati tentativi per essere messo al corrente di tutto. Egli anni addietro si era contagiato di lues e sei mesi prima del matrimonio disgraziatamente aveva infettato extragenitalmente anche la sua signora. Pare che in questa il sifiloma si sviluppasse nel faringe; gli tenne dietro un sifiloderma papuloso diffuso e a quell'epoca si devono riportare la piccola alopecia del sopracciglio e la cicatrice al collo (questa dovuta a suppurazione di una glandola). Fu curata con iniezioni endovenose di neosalvarsan ed endomuscolari di mercurio per oltre due mesi.

Di fronte a questa confessione di capitale importanza cessa nel mio animo quello stato d'angoscia che mi veniva dal caso poco chiaro, essendo ora netta l'etiologia luetica, e posso tranquillizzare i coniugi circa l'esito del male; pratico ugualmente la puntura lombare e, senza perdere ulteriore tempo, inietto nelle vene ctgr. 30 di neosalvarsan. Il liquor è trasparente, incolore, fuoriesce a gocce molto ravvicinate; vi è assenza di zucchero; le reazioni di Wassermann, di Lange, di Nonne-Apelt, di Weichbrodt sono positive; la reazione della gomma mastice dà la curva della lues cerebri; l'esame citologico dà ipercitosi (110 leucociti circa per mmc., di cui metà linfociti, 40 % polinucleari e 10 % grossi elementi mononucleati, a nucleo eccentrico, simili a plasmacellule; esame batteriologico negativo).

Il giorno successivo la cefalea, il vomito e la febbre sono scomparsi come per incanto; in seguito si attenuano anche e scompaiono i fatti paretici a carico dell'oculomotore comune sinistro. In 5ª giornata pratico una seconda iniezione endovenosa di neosalvarsan, dopo di che gli sposi si rimettono in viaggio, con il mio caldo monito di seguitare a intensamente curarsi.

Si tratta, adunque, di un caso di leptomeningite acuta sifilitica comparsa pochi mesi dopo l'infezione, a decorso rapidamente progressivo, con prevalente localizzazione, come di consueto, nello spazio interpeduncolare. Poichè i sintomi meningei non sono caratteristici per la natura luetica ed i casi di meningite acuta nel periodo iniziale dell'infezione sono estremamente rari, si comprende come la diagnosi etiologica venga formulata quasi sempre errata. Se l'anamnesi e il reperto del liquor possono guidare verso la diagnosi di natura, tali elementi non hanno valore assoluto, poichè vi sono casi di meningite luetica con Wassermann nel liquor negativa, e d'altra parte individui già luetici, con Wassermann positiva nel liquor, possono ammalare di meningite acuta d'altra natura. Se le ricerche batteriologiche rendono facile la distinzione con le altre forme di meningite

acuta, resta invece molto difficile la diagnosi differenziale con la meningite tubercolare, specie in soggetti luetici con Wassermann positiva: la dimostrazione del bacillo di Koch nel sedimento o nel reticolo del liquor riesce positiva in una piccola percentuale di casi soltanto; una forte diminuzione di cloruri e lo spostamento verso le diluzioni alte della reazione di Lange ha un certo valore; sulla presenza di tubercoli nella coroide si è molto esagerato; rimane soltanto quale reazione con valore specifico la mastix.

Una volta assodata la natura luetica della meningite, si può ordinariamente formulare una prognosi benigna, poichè la cura specifica ha rapidamente ragione del male.

CONFERENZA.

I risultati della pielografia.

Conferenza tenuta dal prof. A. d. LICHTENBERG il dì 24 ottobre 1922 alla Società di Urologia a Berlino
raccolta dal dott. A. MARSELLA, assistente.

Non potrei assolvere per intiero il mio compito di riferire sui risultati della pielografia se mi limitassi a considerarne il puro valore diagnostico. Lo studio isolato del bacinetto renale nel quadro pielografico lascerebbe allora grandi e sensibili lacune. La forma normale del bacinetto renale, infatti, è sottoposta a grandi oscillazioni, ciò che del resto si sapeva già per le ricerche anatomiche eseguite generalmente su preparati ottenuti per corrosione. Ma finora non era stato stabilito il limite tra la forma normale e quella patologica. La morfologia del bacinetto è stata documentata dalla pielografia e si è riusciti finalmente a stabilire varii tipi normali ed a dimostrare come moltissime forme ritenute normali dagli anatomici fossero invece clinicamente già patologiche. I bacinetti normali si trovano soltanto nell'uomo e nella donna giovane: nella donna che ha partorito sono rari. La grandezza, cioè il volume del bacinetto normale è dunque vario; va da un minimo di 2 cmc. nei bacinetti più ramificati, ad un massimo di quasi 8 cmc. in quelli ampolliformi. Ne deriva da ciò che una capacità considerata normale per un bacinetto ampolliforme rappresenta già una dilatazione notevole per un bacinetto ramificato. Lo studio della forma del bacinetto ci fornisce ancora importanti dati per la patogenesi e lo sviluppo dell'idronefrosi e lo svolgersi delle infezioni renali. Così, ad es., è difficile che un'idronefrosi sacciforme si sviluppi in un rene con bacinetto ramificato mentre a tale affezione, è per così dire, morfologicamente predestinato un rene con bacinetto ampollare. Le gravi suppurazioni invece del rene si sviluppano a preferenza nei bacinetti ramificati, nei quali l'infezione determina nei lunghi e stretti canali, compresi tra i calici ed il bacinetto, dei piccoli ascessolini chiusi.

Per la determinazione della posizione del rene la pielografia, fra tutti i metodi di indagine, ci fornisce i più esatti risultati. Con questo metodo possono anche essere studiati i cambiamenti di posizione fisiologici e patologici del rene (durante la respirazione, nello spostamento degli altri organi, per i movimenti normali ed anormali propri). Le importanti considerazioni cliniche che si deducono da questa indagine vengono da noi utilizzate per la diagnosi e per la cura del rene mobile e della distopia renale. Anche i rapporti tra bacinetto e uretere, tra questo e lo scheletro, la reciproca deviazione, il «sintoma valvola», la forma serpiginosa del decorso ureterale hanno una grande importanza nella diagnosi delle malattie renali.

Sarebbe di grande interesse sopratutto anatomico poter stabilire la forma e la posizione normale della vescica, poichè nessun altro metodo, meglio di quello da noi adottato, può dare risultati maggiormente attendibili nello studio di quelle due proprietà le cui alterazioni sono caratteristiche per una grande categoria di processi patologici. Così le ricerche sull'uretra e sulle vescichette seminali hanno potuto dare qualche risultato pratico. Lo studio del modo di comportarsi del collo della vescica è stato definitivamente risoluto con la cistografia: così, come la dimostrazione delle urine residue ed i cambiamenti di forma della vescica durante il suo svuotamento. Con l'uso dell'iniezione di liquidi di contrasto possiamo conoscere la forma, la grandezza, la situazione dei diverticoli, determinare i rapporti con l'uretere, stabilendo a priori, il nostro piano operativo.

Ci serviamo ancora della cistografia nei tumori della vescica, i quali determinano una immagine lacunare sulla lastra, ed il metodo rappresenta un aiuto prezioso quando la cistoscopia non riesca possibile per la presenza di una cistite o di una ematuria infrenabile. Le cavità anomali comunicanti con la vescica conseguenti ad ascessi della prostata o delle vescichette seminali apertisi in vescica, le cosidette nicchie consecutive a prostatectomia, le fistole tra vescica ed intestino, le ipertrofie della prostata anche di grado lieve, le

ernie, i processi infiammatori, i tumori del piccolo bacino, le deformità vescicali provocate dalla gravidanza vengono brillantemente documentati con la cistografia.

Conosciamo ora, forme innumerevoli di dilatazioni cistiche dell'uretere e sappiamo inoltre, come, nonostante una stenosi cospicua dello sbocco, l'uretere possa essere dilatato solo parzialmente. Ancora però non è stabilito se la dilatazione proceda parallelamente alla gravità dell'affezione, in quali casi essa si stabilisca, e in quali altri sia talora capace di regredire. Esiste senza dubbio anche una insufficienza dell'uretere: in una forma detta « idiopatica » si trova una vescica piccola ipertonica con enormi ureteri dilatati, tortuosi, e bacinetto renale sacciforme. Questi casi riconoscono la loro patogenesi in un disturbo nervoso e spesso sono accoppiati ad una spina bifida occulta. Lo sbocco ureterale viene, in questi casi, chiuso dalla pressione dovuta allo spasmo del detrusore, mentre, in altri casi, il reflusso si spiega con l'insufficienza della parete muscolare consecutiva all'infiltrazione infiammatoria dello sfintere vescicale o anche con la scomparsa della tonaca muscolare. Oltre a questi casi organici, ne esistono altri, funzionali, per passeggere insufficienze dello sbocco ureterale che sono rivelate dal liquido di contrasto. La localizzazione delle fistole dell'uretere e le condizioni della parte a monte di esse quali ci vengono rivelate dalla cistografia permettono in alcuni casi di decidere se convenga più un reimpianto dell'uretere in vescica oppure una nefrectomia. È stato più volte possibile dimostrare restringimenti e tumori ureterali, nonchè spostamenti di essi dovuti, per esempio, alla presenza di glandole peritoneali caseificate, alle quali si è dato il nome, invero illogico, di pseudo-cacoli ureterali. Di grande interesse patologico e clinico sono le condizioni dell'uretere dopo la discesa o durante l'incuneamento di un calcolo. I serpeggiamenti dell'uretere sono per lo più dovuti ad un ostacolo estrinseco. Si presentano nella seconda metà della gravidanza, quasi sempre prima a destra e sono dovuti alla stasi. Talora si giunge persino alla formazione di un'ansa. Un simile processo non può rimanere senza conseguenze per la posizione e la mobilità del rene, anzi io ritengo possibile che ad esso spetti una parte importante della patogenesi in alcune forme di rene mobile. Nell'uomo poi la stasi può riconoscere la sua causa in malattie della prostata o delle vescichette seminali: nella donna in annessiti o tumori. In ogni caso la dilatazione ed il serpeggiamento dell'uretere hanno una grande importanza clinica e terapeutica. Le deviazioni dell'uretere nella regione lombare mostrate dalla pielografia ci forniscono importantissimi dati diagnostici nei casi di tumori o malformazioni del rene, caratteri che nessun altro mezzo di indagine potrebbe fornire.

Io chiamo « sintoma valvola » quel fenomeno per il quale il liquido di contrasto introdotto nella pelvi non ne fuoriesce nonostante la presenza del catetere nell'uretere. Non è necessario affatto per questo che il bacinetto sia dilatato ed è chiaro che un simile comportamento sia del più grande significato clinico. Non è facile stabilire senz'altro se si tratti di uno spasmo della muscolatura dell'uretere o di un vero fatto meccanico, ma quando in simili casi all'atto operativo l'inizio dell'uretere si mostra invariato e si vede l'uretere distaccarsi dritto da un bacinetto completamente vuoto, si può senz'altro ammettere l'esistenza del « sintoma valvola ». Così è chiarita l'origine renale degli accessi dolorosi intermittenti, ciò che permette di conferire alla terapia una base più scientifica.

Senza dubbio la diagnosi della idronefrosi riesce più facile e più precoce con il sussidio della pielografia. Considerevolissimi dilatazioni dimostrate con la pielografia si sono viste, in esami successivi, ridursi notevolmente, parallelamente al migliorare della funzione renale.

Che la capacità del bacinetto renale non sia fissa e costante, lo dimostra il fatto che cambia per lo stesso rene. La pielografia ci mostra in alcuni casi, una notevole riduzione della grandezza del bacinetto renale e il difettoso riempimento dei calici i quali si trovano strozzati per una contrazione muscolare. In questo modo l'idronefrosi limitata ai calici trova la sua logica spiegazione.

Questo concetto dello spasmo muscolare è oltremodo importante, e non è certo lontano il giorno in cui vagliando, sulla base di esperienza, le varie immagini pielografiche, riusciremo a definire in quali casi si potrà adottare una terapia conservativa ed in quali questa dovrà essere più attiva. Ma anche per processi infettivi per una paralisi della muscolatura dell'uretere, si può stabilire una riduzione o una dilatazione del lume ureterale ed è ciò che si osserva ordinariamente nelle infiammazioni del bacinetto renale. In altri casi con un restringimento del bacinetto si stabilisce una cospicua dilatazione dei calici. Il pielogramma è caratteristico e in esso si vedono dipartirsi numerose ombre rotonde simili ad acini da un

solo gambo. Questo quadro è dovuto ad una infiammazione lignea localizzata all'ilo renale e rappresenta il principio di un processo distruttivo che a poco a poco conduce alla fusione purulenta di quasi tutto il parenchima renale. Come sopra abbiamo detto sono anatomicamente predisposte a questo esito i bacinetti ramificati.

I processi di distruzione del parenchima offrono un quadro pielografico caratteristico. Nelle forme iniziali di tubercolosi renale le modificazioni degli apici delle papille sono spesso visibili. Nei casi avanzati si vedono le diverse caverne e l'uretere decorrere rigido secondo una linea retta. È possibile anche formarsi un concetto sugli empiemi dell'uretere consecutivi alla rimozione di un rene tubercolare e sulla loro estensione.

Però non sempre si riesce a discriminare in una radiografia una pionefrosi tubercolare da una non tubercolare.

I tumori del bacinetto si rivelano con delle lacune nella macchia oscura data dal liquido di contrasto, anzi possono, se estesi, perfino impedire il riempimento del bacinetto con il liquido opaco.

Alcuni calcoli si rivelano nel pielogramma con delle discontinuità mentre quelli che non dettero ombre possono venir messi in evidenza dopo avere imbevuto il loro strato esterno di collargolo precedentemente iniettato nel bacinetto, mentre i calcoli di cistina o di acido urico, sono visibili dopo l'insufflazione di ossigeno nel bacinetto renale. Per la localizzazione di piccoli concrementi, la pielografia riesce utilissima evitando incisioni inutili, indirizzate alla loro ricerca. Il pielogramma del rene policistico è caratterizzato dall'enorme lunghezza del bacinetto e dei calici. Nei tumori renali, oltre gli spostamenti dell'uretere e del rene, si osservano speciali modificazioni nella forma del bacinetto con spostamento di una parte di rene.

Speciale considerazione meritano i casi di malformazione degli organi urinarii. I diverticoli dell'uraco, la doppia vescica, lo sbocco abnorme di un uretere sopra numerario, il rene a ferro di cavallo, l'ectopia renale, il rene doppio si mettono meravigliosamente in evidenza con la pielografia. Infine anche la patologia del rene mobile, e l'opportunità di un intervento (nefropessi) si sono giovati di questo sussidio diagnostico. Da ultimo, la pielografia ci permette di stabilire se una tumefazione della regione renale appartenga oppur no al rene.

La ricerca pielografica così feconda di risultati tanto per l'anatomia sia normale che patologica che per la fisiologia rappresenta la più importante conquista nella diagnostica delle malattie renali ed in molti casi può sostituirsi alla *lombotomia* esplorativa.

Certamente essa rappresenta un bellissimo campo di lavoro collettivo per Radiologi ed Urologi, ma deve essere ritenuta in fondo come un lavoro urologico, nè va dimenticato che essa esige una ricca esperienza clinica. Tutti coloro i quali fanno seguire queste indagini metodiche alla visita clinica generale, sono sul giusto cammino e completeranno utilmente le ricerche sulla pielografia conferendole quel posto che si merita nella chirurgia del sistema urinario.

Ho voluto presentare agli illustri colleghi italiani questo breve riassunto della conferenza tenuta alla Società degli Urologi a Berlino, poichè sono in essa accennati argomenti di grande interesse e che esigono un ulteriore sviluppo per i notevoli servigi che potranno rendere alla fisiologia, alla anatomia patologica ed alla chirurgia. Lasciando da parte tutte le diverse applicazioni della pielografia alle quali l'A. ha accennato, speciale considerazioni meritano:

1° lo studio dei cambiamenti di posizione del rene in rapporto alla respirazione, ai movimenti normali ed anormali degli organi vicini ed alla gravidanza.

2° Il « sintoma valvola ».

3° Il concetto dell'idronefrosi idiopatica.

4° La pielografia nella tubercolosi renale iniziale, la pielografia per concrementi e piccoli calcoli.

Il liquido di contrasto che l'A. usò per primo nel 1904, fu il collargolo al 5, 10 %. Avveniva, sebbene molto raramente che in seguito alla introduzione della soluzione di collargolo si manifestassero fenomeni tossici per cui dallo stesso prof. Lichtemberg fu al collargolo sostituita una soluzione di bromuro di sodio al 20 % oggi largamente usata. La soluzione di collargolo viene usata solamente in quei casi in cui nel bacinetto renale, nel rene, nell'uretere o nella vescica, si trovino calcoli coperti da concremento che ne impedisca la rappresentazione fotografica nelle vie urinarie. Per i piccoli calcoli di cistina o di acido urico l'A. usa l'insufflazione di ossigeno che può essere fatta con un apparecchio Forlanini. In tale modo si rendono visibili calcoli minutissimi che con nessun altro mezzo potrebbero essere messi in evidenza.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Valore diagnostico della pressione del liquor.

(AYALA G. *Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych.*, vol. 84, p. 42-95).

Le ricerche sistematiche sul ricco materiale clinico ed anatomo-patologico della Clinica Neurologica di Roma hanno mostrato all'autore quanto sia ingiustificato il trascurare e non tener conto agli scopi diagnostici differenziali della pressione del liquido cefalo rachidiano, specialmente in quei casi in cui essa è aumentata, cioè quando si sospetta o esistono segni certi di ipertensione intracranica. Vi sono, invero, delle condizioni patologiche (neoplasie cerebrali, meningiti sierose esterne ed interne, pseudo tumori cerebrali di Nonne, rigonfiamento cerebrale acuto e cronico Reichardt, trombosi dei seni, ecc.), in cui invano si cerca nelle indagini sierologiche e microscopiche sul Liquor dei dati probativi in favore di una o dell'altra forma morbosa nelle quali il solo dato certo ed indiscutibile ricavato dalla puntura lombare è l'aumento della pressione del liquor. L'A. insiste sulla necessità di misurare nel modo più esatto possibile questa ipertensione e sulla inutilità e fallacia di tutti i criteri empirici comunemente seguiti per valutarla. Nelle sue ricerche egli si è servito del manometro di Claude e di un apparecchio più semplice da lui fatto costruire e che chiama rachimanometro il quale fornisce dati perfettamente paragonabili con quelli ottenuti dall'apparecchio di Claude. Mediante questo apparecchio egli ha studiato il comportamento della pressione di centinaia di casi delle più svariate malattie organiche del sistema nervoso. Ha potuto anzitutto stabilire che nell'eseguire una P. L. bisogna attenersi alla norma di sospendere l'estrazione del liquido appena la pressione si sia abbassata, alla cifra normale, cioè a 10-12 cm. di H^2O, se la puntura è eseguita in decubito laterale e a 30-35 cm. di H^2O se eseguita in posizione seduta. Però nei casi nei quali la pressione è molto elevata, come nei tumori cerebrali, è meglio sospendere l'estrazione del liquido quando il manometro segna 15-20 cm., rispettivamente 40-45 cm. di H^2O. Questa norma è giustificata da considerazioni teoriche sul la funzione idrostatica e dinamica del liquor nella cavità cranica e confortata da numerosissime osservazioni cliniche, nelle quali l'A. non ebbe mai a lamentare disturbi consecutivi alla puntura e tanto meno esiti fatali anche in casi gravissimi di tumori cerebrali, in alcuni dei quali ha potuto eseguire più di una rachicentesi (15 in un caso di tuberculoma cerebelli).

In questo lavoro l'A. si occupa principalmente di rilevare le caratteristiche della pressione del liquor nelle eventualità che più frequentemente si offrono alla diagnosi differenziale, cioè nei tumori cerebrali e nella meningite sierosa interna, che per varie considerazioni anatomopatologiche egli crede più esatto denominare *chorioido-ependymitis serosa*. L'A. ne distingue tre forme cliniche principali: la cefalalgica, la pseudo-tumorale e la pseudomeningitica, che possono essere rispettivamente ad inizio e decorso acuto, subacuto e cronico, con prognosi generalmente fausta o riservata specialmente per la funzione visiva e auditiva, oppure eccezionalmente infausta.

Dallo studio di 18 casi di tumore cerebrale, di 40 di corioidoependimite sierosa, di 10 di compressione del midollo spinale e di moltissimi altri delle più svariate neuropatie, l'Ayala ha potuto rilevare che, se l'altezza della pressione del liquido cerebro-spinale presa isolatamente ha un valore generico come esponente di una ipertensione intracranica, ne acquista uno grandissimo differenziale, se considerata in funzione dalla quantità del liquido che si deve estrarre con una P. L. per ridurre la pressione alla cifra normale o subnormale, secondo la norma più sopra ricordata. Il rapporto fra questi tre dati viene espresso dalla formula seguente:

$$\frac{Q \times F}{I} = Rq$$

di cui Q rappresenta la quantità in cmc. di liquido estratto, che viene moltiplicata per la pressione finale (F) e divisa per la pressione iniziale (I); la cifra che si ottiene, chiamata dall'A. «quoziente rachidiano» (Rq), si comporta diversamente nelle forme morbose ipertensive qui considerate.

Per ricavare il massimo vantaggio per la diagnosi differenziale, oltre a rilevare la pressione iniziale, cioè quella segnata dal manometro prima dell'uscita di liquido dall'ago di puntura, occorre misurare la pressione finale, la quantità di liquido estratta e calcolare il Rq. Sarà utile inoltre tener conto della variazioni della pressione iniziale dovute:

a) agli atti respiratori;

b) alle modificazioni fisiologiche del respiro (tosse, pianto, gridi, ecc.);

c) ai cambiamenti di posizione del capo;

d) alla iperflessione di questo sullo sterno (ostacolo del deflusso del sangue venoso encefalico);

e) finalmente alla compressione della giugulare.

Dall'esame dei dati e delle cifre rilevate in tutte queste misurazioni, l'A. si crede autorizzato con le più prudenti riserve a concludere nel modo seguente:

Nei tumori cerebrali:

a) la pressione iniziale è molto alta, maggiore spesso di quella osservata in qualsiasi encefalopatia (70-120 cm. di H^2O in posizione verticale);

b) la quantità di liquido da estrarsi per ridurre la pressione alla normale o subnormale è molto scarsa;

c) il Rq è sempre relativamente basso (= 2,25 — 4,55; un quoziente uguale a 5-6 è di valore dubbio).

Nelle varie forme di idrocefalo e rispettivamente nelle chorioidoependymitis sierosa:

a) la pressione iniziale è aumentata (45-60 cm. di H^2O in posizione seduta), ma in generale, non sale tanto quanto nei tumori cerebrali;

b) la quantità di liquido estraibile è sempre maggiore a quella che si può ottenere nei tumori cerebrali (10-30 cmc.);

c) il Rq è sempre per lo meno doppio che nei neoplasmi cerebrali fino a cifre mai riscontrate in questa malattia.

Nei casi di ostruzione spinomidollare:

a) la pressione iniziale può essere superiore alla norma, ma non mai tanto alta quanto nei tumori cerebrali;

b) la quantità di liquido estraibile è sempre relativamente molto scarsa (cmc. 3-6);

c) il Rq è sempre basso (come nei tumori cerebrali) ed è tanto più piccolo quanto più completa e più caudale è l'ostruzione spinale.

A ciò si aggiunga che nei tumori cerebrali la pressione iniziale non risente alcuna influenza dalla puntura lombare e si trova sempre più alta nelle successive rachicentesi, nelle quali invece la quantità di liquor estraibile va riducendosi. Invece nell'ependimite sierosa nelle successive punture lombari la pressione iniziale, in generale, va gradatamente abbassandosi, mentre la quantità di liquido estraibile con ognuna di esse rimane pressochè uguale.

Dalla variazione ed oscillazione della pressione in rapporto con gli atti respiratori, col cambiamento di posizione del capo del paziente, colla compressione delle giugulari o meglio, secondo l'A., colla flessione passiva completa della testa del soggetto sullo sterno, si può dedurre anzitutto se la lesione che determina l'ipertensione intracranica si accompagna o meno ad un ostacolo nella comunicazione fra le cavità encefaliche contenenti liquor e gli spazii subaracnoidei spinali. Infatti nelle meningiti sierose, in generale, le variazioni della pressione sono più apprezzabili che nei tumori cerebrali e ancor più che nelle occlusioni per compressioni spinomidollari dove esse mancano completamente.

Infine, in favore della diagnosi di tumore cerebrale starebbe l'insorgere acuto, dopo la fuoriuscita di una certa quantità di liquor, di un dolore violentissimo alla nuca (raramente alla fronte) che impone la sospensione immediata della rachicentesi. Questo non si osserva nella corioido-ependimite sierosa dopo la sottrazione di una quantità anche maggiore di liquido.

A queste conclusioni l'A. non pretende dare un valore definitivo e assoluto. Il Rq ha valore solamente quando esiste un aumento della pressione iniziale: esso insieme alle altre caratteristiche della pressione rachidiana diviene un dato di capitale importanza se il resto della sindrome parla in favore ora dell'una ora dell'altra forma morbosa determinante l'ipertensione.

ARTOM.

TERAPIA.

L'insulina: preparazione, azione, valore terapeutico.

(Comitato per l'insulina, Università di Toronto).

Era noto che nei cani spancreati si manifesta una persistente glicosuria ed altri sintomi di diabete; inoltre spesso, all'autopsia di casi di diabete umano, si erano osservate alterazioni considerevoli delle isole di Langherans: era quindi intuitivo che queste producessero una speciale secrezione interna atta a favorire il ricambio dei carboidrati, probabilmente modificando il glicosio in una forma attiva, adatta alla combustione organica e all'immagazzinamento nel fegato e nei muscoli.

Dopo vari tentativi infruttuosi di isolare questo ormone, Mcleod, Banting e Best, nel 1921 prepararono un estratto di pancreas degenerato in seguito a legatura dei dotti, la quale, come era noto, mentre fa degenerare rapidamente le parti deputate alla secrezione esterna lascia quasi indenni le isole di Langherans.

L'iniezione di questo estratto nei cani spancreati produce una rapida diminuzione della glicemia e della glicosuria: continuando le iniezioni a congrui intervalli questi cani vivevano a lungo senza disturbi apprezzabili. In seguito Banting, Best e Collips riuscirono a preparare un estratto alcoolico dal pan-

creas normale, fetale o adulto, che contiene il principio attivo in uno stato di sufficiente purezza per l'uso terapeutico nell'uomo: probabilmente l'alcool impedisce che l'ormone venga distrutto dai fermenti digestivi. Quest'ormone è stato chiamato insulina da Sharpey Shafer. I primi preparati provocavano una violenta reazione locale, ma coi preparati attuali ciò non è a temere.

Da estese ricerche di numerosi e autorevoli sperimentatori (Noble, Hepburn, Latchford, ecc.), risulta che l'insulina abbassa la glicemia nei conigli normali; al di sotto di un certo tasso glicemico si hanno sintomi gravi che regrediscono mercè iniezione di glicosio. L'insulina inoltre impedisce la glicemia da puntura del IV ventricolo, da asfissia, da adrenalina, da etere; aumenta il consumo di glicosio del cuore isolato di mammiferi; favorisce l'accumulo di glicogeno nel fegato di animali diabetici nutriti con zucchero, e ne aumenta il quoziente respiratorio; fa scomparire i corpi acetonici dalle urine di animali diabetici, ed ha influenza sulla migrazione del grasso in detti animali.

Un'unità fisiologica di insulina è quella quantità che iniettata in un coniglio normale di 2 Kg., a digiuno da 24 ore, ne abbassa in tre ore la glicemia a 0,045 per cento. L'unità clinica, usata nella pratica, è uguale a un terzo di questa unità fisiologica.

Nel titolare l'insulina occorre fare una media di parecchi animali. Varrebbe anche la pena di stabilire in clinica quale ulteriore dose di carboidrati della dieta può essere utilizzata con una unità di insulina.

L'insulina non può sostituire la terapia dietetica del diabete. Il concetto fondamentale della terapia specifica del diabete, è quella di concedere un adeguato riposo agli isolotti di Langherans alterati, che producono scarsa quantità di ormone, onde possano poi produrne maggior quantità. Finora ciò non si poteva ottenere che riducendo la dieta e impoverendola di carboidrati, donde il deperimento generale con tutte le sue conseguenze. Però nei casi lievi ciò era sufficiente, e a poco a poco si riusciva ad elevare la tolleranza al glicosio. Con l'insulina questo risultato è possibile anche in casi più gravi, pure permettendo una migliore alimentazione e prevenendo così la diminuzione di peso e il decadimento delle forze.

Però nei casi molto gravi, con alterazioni irreparabili del pancreas, non si può sperare che un prolungamento della vita, e la dose di insulina occorrente a mantenere le urine libere da glucosio deve essere continuamente aumentata.

Una dose eccessiva di insulina produce gravi sintomi (senso di fatica, sudore, trepidazione, pallore, vampe al viso) già quando il glucosio del sangue è al 0.07 per cento: quando cade a 0,035 per cento si ha il coma. Tutta questa sindrome allarmante scompare con la somministrazione endovenosa di glucosio.

Circa il 75 per cento dei diabetici si giovano della cura dietetica, e possono fare a meno dell'insulina. Questa è inutile quando, iniziata la cura col riposo in letto e con una dieta base di un gr. scarso di proteine per Kg. più i grassi e i carboidrati tollerati, è possibile poi, in completa aglicosuria, portare la dieta al numero di calorie necessario ad una vita attiva.

Se dopo una settimana di dieta opportuna non si raggiunge l'aglicosuria si può dare la insulina nella misura necessaria a liberare le urine dallo zucchero, pur tenendo una dieta non troppo scarsa.

L'indicatio vitalis dell'insulina è l'acidosi e il coma diabetico. In 4 casi su sei di coma diabetico dichiarato fu possibile salvare gl'infermi mercè ripetute iniezioni intravenose di insulina, e insieme somministrazione di glucosio per prevenire l'ipoglicemia. Negli altri due casi la morte fu dovuta ad infezioni associate che non potevano beneficiare dell'insulina.

L'insulina, insieme con la dieta opportuna, può mettere i diabetici in condizione di sopportare interventi operatori altrimenti pericolosi, e di superare facilmente lievi infezioni.

Per la cura del diabete, sia dietetica che specifica, è consigliabile l'internamento in adatti istituti, ove tutto è predisposto, e vi è una continua sorveglianza (gli accidenti ipoglicemici possono sorprendere il paziente nel sonno; il coma ipoglicemico dai non pratici può essere talvolta confuso col coma acetonemico).

L'Università di Toronto ha brevettato l'insulina per impedire illecite e dannose speculazioni, con la messa in commercio di prodotti non sufficientemente puri, o inattivi, o inesattamente dosati.

Per accordo speciale col comitato per lo studio dell'insulina (Gooderham, Falconer, Russell, Macleod, Banting, Best, ecc.) la Eli Lilly Company di Indianopolis prepara per ora gratuitamente l'insulina, che è controllata dal comitato e distribuita a speciali istituti.

L'Insulin-Lilly, detta Iletin, viene confezionata in ampolle H-10, da 5 cc. (10 unità per cmc.) e H-20, pure da 5 cc. (20 unità per cmc.).

Ecco il metodo attuale di preparazione: il pancreas fresco di animali da macello, tolto il grasso e il connettivo, viene seccato, poi estratto con volumi 1.5 di alcool a 95° contenente 0.11 per cento di acido solforico puro. Si agita per due ore e si filtra. Il residuo si estrae con egual volume di alcool a 70°, contenente 0.11 per cento di acido solforico puro. Si mescolano i filtrati, si portano a 0°, e si filtrano. Il filtrato viene concentrato a 1/25 del volume, rifiltrato, e vi si aggiungono 5.3 volumi di alcool a 95°. Dopo alcune ore si rifiltra, e il filtrato deve contenere il 93 % di alcool.

Dopo alcuni giorni si raccoglie il precipitato che si è formato e si scioglie in acqua distillata. Si purifica ulteriormente per precipitazione al punto isoelettrico, a pH = 4.7, e si conserva in ghiacciaia. Si forma un precipitato che si discioglie in acqua acida (pH = 2.5). Si filtra per candela, si titola, e si prova la sterilità.

Per ulteriori notizie sulla preparazione ed azione farmacologica e terapeutica v. *Journal A. M. A.*, 2 giugno 1923 e seg.; *Journal of metabolic research*, maggio 1923 e seg.; anche altri periodici di medicina portano notevoli contributi alla conoscenza dell'insulina.

Doria.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. L. Paul Trüb. *Die Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte*. Carl Marhold, editore. Halle a. S., 1923, pag. 126.

Nel primo capitolo di questa monografia l'A. tratta del concetto che si deve avere della *lues insontium* o della sifilide extragenitale, facendo rilevare che la parola «extragenitale» non significa «extrasessuale», giacchè una infezione extragenitale può anche essere contratta nell'atto sessuale, mentre d'altra parte una infezione genitale può verificarsi anche indipendentemente dal commercio venereo.

Nel secondo capitolo sono esposti i vari modi, mediante i quali può aversi l'infezione sifilitica nell'esercizio della professione medica, ordinati a seconda della frequenza delle loro localizzazioni (338 casi conosciuti alle dita, mani e braccio; 32 agli occhi; 12 alle labbra; 10 al naso; 6 alle guancie; 2 al mento; 2 alle tonsille; più un piccolo numero di casi di localizzazioni diverse: cuoio capelluto, elice, ecc.).

L'A. poi riporta una breve serie di altri casi d'infezioni contratte da medici, in occasione del loro esercizio professionale, in modo del tutto straordinario (medici che avendo palpato un sifiloma ed avendo orinato poco dopo s'infettarono al pene, ecc.).

Altri capitoli sono dedicati ai casi di medici che volontariamente s'infettarono di lues a scopo scientifico e sperimentale, ed alla così detta «lues d'emblée» o «chancre du sang» (sifilide che invaderebbe l'organismo senza nessun accidente iniziale ed il cui virus penetrerebbe nel sangue attraverso la pelle sana per mezzo delle vie linfatiche), all'infezione luetica contratta nella sezione di cadaveri, ecc.

In complesso sono riportati 669 casi di sifilide professionale dei medici, di cui 651 sicuramente accertati, 18 dubbi.

Non mancano infine brevi accenni alla questione medico legale, se cioè, la sifilide contratta dal medico debba considerarsi quale infortunio sul lavoro; alla profilassi contro la infezione sifilitica professionale dei medici ed alla prognosi della sifilide stessa.

Il lavoro si raccomanda per l'argomento, per la copia di notizie e l'ordine con cui sono esposte, per la vasta letteratura, sia pure in qualche punto errata (il nostro Tanturri diventa a volte Tantierri, a volte Tautturri, a seconda della fonte, essa pure erronea, a cui l'A. ha attinto di seconda mano la notizia bibliografica) e sarà letto da tutti i medici in genere con vivo interesse.

V. Montesano.

Schäffer-Stranz. *Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten mit Berücksichtigung der Behandlungstecnhik für Ärzte und Studierende - VI Auflage*. Urban e Schwarzenberg, editori; Berlino e Vienna, 1902, p. 493.

Questo compendio di terapia venerea e dermatologica, pubblicato la prima volta nel 1915, è già alla VI edizione, il che può testimoniare non soltanto del successo editoriale (*habent sua fata libelli*, è il caso di ripetere) ma forse anche del valore del libro. Si tratta in verità di un buon manuale terapeutico in cui i primi capitoli sono dedicati alla parte generale della terapia dermatologica, gli altri alla cura delle singole malattie cutanee elencate in ordine alfabetico. Seguono la cura della gonorrea nell'uomo e nella donna e quella della sifilide: in questa ultima parte sono largamente esposti i più moderni metodi di cura, eccezione fatta per il bismuto, la tecnica delle iniezioni endomuscolari ed endovenose, ecc.

Nulla di nuovo naturalmente, ma il volume si raccomanda per la trattazione semplice e

piana, a volte fin troppo elementare, per il copioso ricettario, per le numerose figure intercalate nel testo ed anche per la edizione corretta ed elegante.

V. MONTESANO.

H. JAEGER. *Les maladie vénériennes en Suisse.* 1 op. di p. 78, XVIII tavole, 1 tavola a colori. Berna, Imprimerie Büchler & C.ie, 1923.

Una condizione essenziale per organizzare una lotta efficace contro le malattie veneree, consiste nell'accertarne la diffusione: a tale finalità risponde questo volume, che raccoglie i risultati di un'inchiesta condotta con molta diligenza dal 1° ottobre 1920 al 30 sett. 1921, per iniziativa dell'« Associazione svizzera per la lotta contro le malattie veneree ».

Il volume è presentato dal prof. Bloch.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 giugno 1923.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Commemorazione del socio prof. A. CARRUCCIO.

Il presidente dà la parola al socio prof. P. DORELLO che commemora il socio defunto prof. ANTONIO CARRUCCIO. L'O. ricorda i meriti scientifici, didattici, patriottici del maestro, del cittadino integro, dell'ottimo padre di famiglia; a lui si associano il prof. ALESSANDRINI ed il presidente a nome di tutti i soci dell'Accademia.

Nuova teoria sulle reazioni colloidali.

Dott. D. PISANI. — L'O., presentato dal socio prof. FUMAROLA, riporta il risultato delle sue ricerche su oltre seicento liquidi cerebro-spinali, sui quali ha saggiato la reazione del mastice, secondo il metodo di Goebel: di cui duecento appartenevano a malati di lues nervosa, quattrocento a malati non luetici.

Egli ha trovato che le malattie organiche del sistema nervoso, in base ai risultati della reazione del mastice confrontato col tasso di albumine, sono differenziabili in due grandi gruppi: nel primo gruppo che comprende metalues e lues nervosa, sclerosi a placche ed encefalite epidemica, la reazione colloidale del mastice è intensamente positiva, di poco o affatto aumentato il tasso dell'albumina. Nel secondo gruppo che comprende arteriosclerosi cerebrale, tumori cerebrali, ascessi, meningiti, ecc., v'è aumento dell'albumina, segue l'aumento delle globuline, infine la reazione colloidale. D'accordo con l'aumento delle globuline va la reazione del mastice in rapporto inverso con l'aumento dell'albumina.

L'O. rileva il valore diagnostico di questa dissociazione albumino-colloidale, ed emette l'ipotesi che le sostanze proteiche flocculanti, siano il prodotto del metabolismo degli agenti morbosi della sostanza nervosa colpita, e che la curva trovi la sua ragion d'essere nella presenza e nel rapporto quantitativo tra le sostanze favorevoli o inibitrici della flocculazione.

Il prof. MAESTRINI chiede la parola per ricordare i principii fisico-chimici che regolano il fenomeno della flocculazione, propone che si istituiscano esperienze con sospensioni colloidali a carica elettrica nota per meglio identificare le proprietà fisiche dei componenti organici del liquor.

Il prof. BONFIGLIO riassume brevemente le sue ricerche sul liquor di conigli normali, di cui in una parte ha trovato la curva della paralisi progressiva. In tali conigli l'esame del cervello fa rilevare infiltrati perivascolari delle meningi e del cervello.

Il socio prof. SABATINI ricorda recenti ricerche, secondo le quali agli ioni idrogeno sarebbe dovuta la curva caratteristica delle reazioni colloidali.

Il dott. PISANI risponde al prof. MAESTRINI trovando utile la proposta fatta, al prof. SABATINI facendo notare che troppo complesso è il problema e troppo variamente interpetrato, e che per ora conviene attenersi più ai fatti che alle teorie.

Natura della reazione di Lange.

Dott. N. SETTE. — L'O., presentato dal socio prof. PUNTONI, riferisce le esperienze eseguite dalle quali risulta che il calcio è l'agente flocculante della reazione di Lange, e che con l'incenerimento del liquor e la ripresa del volume primitivo con acqua distillata ha potuto riprodurre esattamente e più netto il fenomeno.

Il dott. PISANI fa osservare che in malattie con cervello normale esiste aumento del calcio o ve ne è diminuzione e si ha Lange positiva e fa osservare che il fenomeno è più biologico che chimico.

Il socio prof. PUNTONI crede che l'esperimento dell'incenerimento sia decisivo, e di tale opinione è anche l'O. dott. SETTE.

Sulla ipertensione del liquor e sul quoziente rachidiano.

Prof. G. AYALA. — Presentato dal socio prof. FUMAROLA l'O. riferisce come in base a numerosissime ricerche ha potuto stabilire un calcolo per fissare il quoziente rachidiano, le cui variazioni possono essere utili per un orientamento diagnostico.

Il socio prof. PONTANO fa notare che il calcolo poggia su elementi che subiscono troppe variazioni per processi anatomo-patologici che alterano la cir-

colazione del liquor stesso e che quindi bisogna almeno attenuare il valore assoluto dei calcoli fatti.

Il prof. AYALA risponde che finora il calcolo ha ben corrisposto ai bisogni della pratica.

E. GROSSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche.

Presidente: Prof. G. DAGNINI.

Di un caso di cisti sierosa retroperitoneale.

G. CAVINA. — Una donna cinquantenne fu accolta nella Clinica chirurgica universitaria, per un enorme tumore addominale, discretamente mobile nel senso trasversale, con suono ottuso davanti di esso, e che fu diagnosticato per una cisti ovarica. All'intervento si trovò invece una cisti a sviluppo retroperitoneale, compresa in parte nelle pagine del mesocolon trasverso. La sacca era uniloculare, con 4500 cmc. di liquido sieroso, citrino, ricco di albumina. Le sue pareti avevano uno spessore assai ineguale, perchè in alcuni punti misuravano pochi millimetri, in altri fino ad un massimo di 3 centimetri. La sua struttura istologica si presentò assai complessa; però non aveva rivestimento interno nè epiteliale nè endoteliale. In base ai suoi reperti, che non brevemente espone, l'O. pensa che il caso in parola sia da ascriversi al gruppo delle *cisti linfatiche*, e che probabilmente possa trattarsi di una cisti da ritenzione per obliterazione di qualche grosso vaso linfatico. In seguito all'asportazione, la donna guarì rapidamente e definitivamente.

Sul contenuto in creatinina delle urine nel bambino sano e malato.

A. LORENZINI. — Le indagini nel campo pediatrico sul ricambio dei corpi creatininici sono ancora poche, e queste medesime riguardano specialmente l'eliminazione urinaria della creatinina nei lattanti, e tutto il problema è oggi ancora ben lontano dalla sua soluzione. L'O. quindi, sul largo materiale offerto dalla clinica pediatrica, nella quale era assistente, ha condotto una serie di metodiche esperienze, di su le indicazioni del prof. Francioni. Detto del metodo, passa ad enumerare i soggetti esaminati. Furono 80, in età dai due ai tredici anni, di cui 64 malati e 16 sani. Divisi in gruppi, presenta d'ognuno le tabelle analitiche riassuntive. E conclude che l'eliminazione di forti quantità di creatinina e di creatina, oltre che nelle malattie altamente febbrili, avviene anche in alcune malattie nervose, quali la tetania, la corea, nel mixedema, nei neoplasmi maligni, in certe forme tubercolari. Contrariamente a queste, esistono altre affezioni, come le flogosi renali, le cardiopatie, nelle quali si può avere un abbassamento nel tasso della creatinina urinaria, che è tanto più notevole quanto più è compromessa la funzione dell'organo.

Neoplasma del fegato con metastasi mediastinica.

Prof. G. DAGNINI e prof. A. BUSI. — Presentano un giovane di 16 anni, ammalatosi circa sei mesi fa, in modo subdolo con fenomeni itterici; e ne riferiscono la storia, lo stato presente e gli esami molteplici eseguiti. Trattasi di un caso assai difficile per il diagnostico, anche per il fatto che dopo circa 15 giorni di applicazioni radioterapiche tanto sul mediastino quanto sulla parte alta dell'addome, con tecnica speciale, il paziente si presentò molto migliorato; ed anzi il miglioramento andò successivamente progredendo fino alla completa scomparsa dell'ittero, all'aumento di 15 kg. del peso del corpo, alla riduzione del volume e della consistenza del fegato.

Di fronte a tale risultato gli OO. si chiedono se veramente si trattasse di neoplasma maligno con riproduzione nel mediastino, o se il miglioramento ottenuto dovesse ascriversi alla regressione spontanea di un processo d'indole benigna simulante il tumore. E su ciò discutono, proponendosi di seguire il decorso del caso e di riferirne alla Società.

Nel centenario dalla nascita di Luigi Pasteur.

Prof. IVO NOVI. — Divide la sua commemorazione in tre parti: proemio — lo studioso e lo scienziato — l'uomo, il pensatore, il cittadino.

GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA DIGERENTE.

Il quadro morboso delle coliche intermittenti da adesioni nell'ulcera duodenale.

Il quadro morboso è caratterizzato da accessi periodici di dolori localizzati, vomito di masse acide, dimagrimento e notevole senso di malessere (R. Landerer: *Munch. Med. Wochenschr.*, n. 25, 1923). Il substrato anatomico di questo netto complesso sintomatico è costituito da aderenze tra il colon ascendente e i tessuti vicini. Per ragioni non ben chiare queste aderenze determinano delle stenosi relative transitorie nella regione dell'aderenza, ciò che dà luogo all'accesso che ha le caratteristiche dell'ileo. Il punto di partenza di queste aderenze è costituito da un'antica ulcera duodenale o pilorica che o invia direttamente dei cordoni verso il colon, oppure determina delle adesioni in seguito alla reazione infiammatoria circostante. Il vomito dipenderebbe secondo l'autore dalla chiusura riflessa del piloro e dall'ipersecrezione gastrica riflessa; gli stimoli che danno origine a questi riflessi sarebbero determinati da frazioni che processi motorî (quelli che determinano la stenosi transitoria) eserciterebbero sulle aderenze. Questo vomito non dà sollievo al malato, come nei casi di ulcera: persistono anche dopo il vomito i forti dolori localizzati nella regione ipocondriaca destra. La diagnosi non è difficile: l'anamnesi dimostrerà che il paziente ha precedentemente sofferto di ulcera duodenale.

In seguito questi pazienti vengono spesso operati di appendicectomia, intervento che però non modifica affatto i sintomi morbosi.

La diagnosi esatta, in special modo la localizzazione dell'ostacolo, sono possibili soltanto con l'esame radiologico. La cura è chirurgica. L'autore riferisce due casi, in cui l'operazione (sezione delle aderenze, affondamento dell'ulcera duodenale, gastroenterostomia retrocolica) determinò la guarigione dei malati.

POLLITZER.

Fistola intestinale causata da ossiuri.

Nella *Klin. Woch.*, 2 aprile 1923, Ficher riferisce il caso di un ex ferito addominale che dopo 4 anni da questa lesione notò la formazione di una vescicola pruriginosa a livello dell'ombelico. Rotta questa vescicola da essa fuoriuscirono molti ossiuri vivi. In 6 settimane si stabilì una fistola da cui fuoriuscivano muco e di tratto in tratto ossiuri.

Operato, si constatò che il tramite comunicava col colon e presentava un diverticolo laterale sacciforme, che conteneva gran quantità di ossiuri vivi.

È probabile che aderenze tra la parete e l'intestino, esito del trauma, abbiano potuto facilitare la creazione della fistola.

La migrazione dei vermi intestinali è d'altronde un fenomeno comune. Per quanto riguarda gli ossiuri e i tricocefali, essi sono stati ritrovati nel peritoneo pelvico. Se talora si è potuto pensare che essi vi siano pervenuti attraverso la via vaginale, in altri casi si è dovuto ammettere che siano passati attraverso la parete intestinale, compito reso loro possibile dalla loro armatura boccale.

PALLADINI.

Una causa inedita di perforazione intestinale.

Nella *Wiener Klin. Woch.*, 8 marzo 1923, Lorenz riporta uno strano caso di perforazione intestinale.

Una signora di 40 anni da una settimana presentava tumefazione dell'addome, da tre giorni non emetteva più feci, all'improvviso accusò dolore vivissimo all'ipocondrio sinistro. La situazione si aggrava rapidamente, febbre alta, polso frequente, cianosi, addome meteorico e dolentissimo.

Diagnosi: peritonite acuta d'origine pancreatica. Si decide l'intervento: all'apertura pus densissimo; tutto l'intestino tenue si presenta ripieno di una massa fascicolata. A livello del sigma colico da un tratto necrotico sporgeva una specie di pennello che estratto si trovò costituito da fibre d'asparagi avvolti da materie fecali e fibre d'asparagi costituivano il contenuto del tenue.

L'inferma da molte settimane faceva uso giornaliero e smodato di asparagi.

PALLADINI.

Ascite chiliforme nel decorso di un cancro del pancreas.

Numerosi lavori e numerose teorie patogenetiche hanno determinato le asciti chiliformi. Nella *Gaz. hebd. des sc. médic.* de Bordeaux, Guyot e Daraignes riferiscono il caso di un alcoolista portatore di un'ascite libera complicata da versamento pleurico bilaterale. Il liquido lattescente conteneva numerosi linfociti. Cirrosi di Laënnec e peritonite tubercolare furono le diagnosi successivamente poste. Una laparotomia esplorativa diede esito a molto liquido coi caratteri suesposti e di-

mostrò che le anse intestinali erano agglomerate e coperte di punti bianco-bluastri. Un frammento di peritoneo, asportato, all'esame microscopico dimostrò metastasi d'epitelioma.

All'autopsia si trovò un cancro del corpo e della coda del pancreas che faceva corpo con lo stomaco e col trasverso e che comprimeva la cisterna di Pecquet e la parte iniziale del canale toracico determinando in tal modo un disturbo al deflusso della linfa e una transudazione di essa nel cavo peritoneale. Alterazioni neoplasiche dei chiliferi intestinali facilitavano questa transudazione.

PALLADINI.

Il metodo di Sippy nel trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale.

Si basa sul principio che l'ulcerazione mucosa non persiste che in causa dell'azione dissolvente della pepsina sulle sostanze albuminoidi, in presenza di acido libero; da ciò una doppia indicazione, di neutralizzare cioè il contenuto gastrico durante la digestione e di alimentare però l'ammalato a sufficienza. Le regole del trattamento vengono così schematizzate da Loewy (rif. in *Archives méd. belges*, febbr. 1923):

1) riposo a letto per tre settimane;

2) ogni due ore, dalle 7 alle 19, prendere un piccolo pasto di latte e crema, ana gr. 50;

3) dalle 6.30 ed in seguito ogni ora, prendere alternativamente una cartina di: *a*) magnesia pesante, bicarbonato di sodio ana cg. 50; *b*) carbonato di calcio cg. 50, bicarbonato di sodio g. 1.50; continuare per quattro volte tali prese ogni mezz'ora dopo l'ultimo pasto delle 19;

4) mezz'ora dopo l'ultima presa (ore 21.30) sondaggio evacuatore dello stomaco, che sottrae l'ulcera all'azione peptica delle secrezioni gastriche durante la notte.

Dopo due giorni, aggiungere ad uno dei pasti della mattina un uovo alla *coque*, oppure un biscotto, od un po' di pane e burro, e, ad un pasto del pomeriggio, 100 g. di cereali (riso o farina di avena). Si aumentano progressivamente uova e cereali, in modo che alla fine della prima settimana, l'ammalato prenda, oltre ai dodici pasti di latte e crema, tre uova e 2-300 g. di cereali. È necessario procedere a frequenti verifiche del succo gastrico per aumentare eventualmente la dose di alcalini se si trova ancora acido libero.

Alla fine del primo mese, l'ammalato può riprendere in parte le sue occupazioni; farà tre leggeri pasti al giorno di 3-400 g. pesati, non comprese l'acqua, il caffè e le minestrine leggere; tali pasti saranno costituiti da latte, crema, cereali, pane, burro, uova, patate, legumi passati, frutta cotta. La medicazione alcalina va continuata nelle stesse condizioni, con 4-5 giorni d'interruzione ogni 5-6 settimane. La durata totale del trattamento è di un anno.

Si ottengono in tal modo la soppressione dei dolori e della ritenzione in caso di spasmo acuto, la scomparsa delle emorragie, la cicatrizzazione dell'ulcera; se la guarigione non si ottiene, bisogna pensare al cancro.

fil.

Il trattamento della fistola anale.

Le fistole anali hanno spesso come causa piccole lesioni della mucosa, ma è certo che in una gran parte dei casi è in causa la tubercolosi. Partendo da questo concetto, H. Sieben (*Med. Klinik*, anno XVIII, pag. 1641) consiglia di adottare il sistema di Morian che ha dato buoni risultati nella tubercolosi articolare; esso consiste nel pungere l'articolazione, aspirando il pus con la siringa ed iniettare poi 5-15 cmc. di sospensione di fenolo in acqua al 10 % con l'1 % di novocaina; l'iniezione si ripete a periodi di 8-14 giorni, ottenendosi risultati favorevoli dal punto di vista funzionale. Non sono da temere fenomeni di intossicazione, data l'alta concentrazione del fenolo che precipita l'albumina. L'A. ha trattato analogamente un caso di fistola anale, iniettando un cmc. della sospensione fenolica *nelle pareti del tragitto fistoloso* e ripetendo l'iniezione ogni 10 giorni, incominciando dalle parti più profonde e venendo man mano verso l'orificio esterno. Non si hanno dolori nè disturbi di sorta; solo occorre attenzione di non lasciare sfuggire anche una sola goccia nel lume della fistola, che potrebbe essere in comunicazione con l'intestino, di cui verrebbe quindi danneggiata la mucosa. La guarigione è stata ottenuta dopo otto iniezioni e non si è prodotta alcuna recidiva.

A. Z.

Il peptone nelle gastropatie.

Faroy (rif. in *Année méd. pratique*, 1923), prescrive il peptone negli anoressici e nei dispeptici iposecretori, a dosi di un cucchiaino da caffè, 1/2 ora prima dei due principali pasti. È però conveniente somministrarlo in una soluzione alcalina, aggiungendo così le proprietà eccito-secretrici di questa a quelle del peptone. Lo si farà prendere quindi in 1/2 bicchiere di acqua di Vichy o di una soluzione di bicarbonato di sodio o meglio di una soluzione tipo Hayem: Bicarbonato di sodio g. 6; Fosfato di sodio g. 4; Cloruro di sodio g. 2; da sciogliere in un litro di acqua.

Negli anoressici, si può sostituire il peptone con un bicchiere di brodo di carne, o con estratto di carne (brodo concentrato) che contengono una piccola quantità di peptone in soluzione, sufficiente per eccitare l'appetito del malato. Negli individui con carcinoma dello stomaco, si darà una quantità maggiore di peptone (3-6 cucchiaini per ogni pasto) a titolo di alimento. In casi di stenosi pilorica da ulcera o da neoplasma, con alimentazione insufficiente o nulla, si darà il peptone in clisteri alimentari. *fil.*

Inconvenienti della medicazione alcalina intensiva.

La somministrazione di alcalini in grande quantità è stata prescritta in questi ultimi tempi specialmente nel diabete per combattere l'acidosi e nell'ulcera gastrica o duodenale, in cui col metodo di Sippy si danno quantità fortissime di alcali. Ora, in certi casi, tale medicazione presenta degli inconvenienti più o meno gravi, che sono stati messi in luce da Hardt e Rivers. Si manifesta dapprima una irritabilità nervosa esagerata, in seguito si ha cefalea, da principio sorda, come un senso di tensione alla nuca, poi anche a carattere lancinante, localizzata nella regione frontale o temporale. Si manifesta il disgusto per il latte, l'ammalato va soggetto a nausee, e finisce per vomitare ogni volta che prende cibo; il vomito si arresta talvolta solo dopo ripetute lavature dello stomaco. Frequenti sono le vertigini, i dolori muscolari, articolari, la debolezza generale; il malato è abbattuto, sonnolento, con respirazione rallentata, polso frequente, facies congestionata. Queste manifestazioni sono di natura tossiemica; l'urea sanguigna aumenta da 50 a 290 mg. per 100 cmc.; nelle orine si trovano albumina, cilindri, emazie.

I sintomi morbosi spariscono in uno o due giorni se si sospendono gli alcalini e si somministra al malato ogni due ore un piccolo pasto di latte, cereali, uova, succo di frutta. Come fa notare L. Cheinisse (*Presse médicale*, 1923, n. 32) gli individui con ulcere peptiche e complicazioni renali sono più soggetti a queste manifestazioni di intossicazione, che assumono in essi maggiore intensità. *fil.*

Il rabarbaro.

Il dott. Konings (*Le Scalpel*, 9 giugno 1923) consiglia di preparare il rabarbaro (ortaggio) sotto forma di composta, marmellata, gâteau, per i malati affetti da atonia digestiva: è un tonico più che un purgativo, diminuisce le fermentazioni intestinali, aumenta l'appetito, facilita la digestione: si raccomanda ai clorotici, ai dispeptici ipostenici, agli enterocolitici ed ai costipati con ptosi addominali o insufficienza ghiandolare. È controindicato per i gottosi e calcolosi per il suo contenuto di acido ossalico, e agli emorroidari per la tendenza a congestionare le vene del retto, ed alle nutrici. PERSIA.

OCULISTICA.

Diagnosi e terapia di un attacco di glaucoma.

Come osserva F. Terrien (*Presse Médicale*, 20 giugno 1923), il carattere essenziale della malattia consiste nell'ipertonia, sintoma comune a tutte le forme glaucomatose. Essa può presentarsi acutamente in un occhio fino allora sano, oppure stabilirsi progressivamente, sicchè l'occhio ha il tempo di abituarsi alle nuove condizioni. La manifestazione più drammatica e più grave è quella del glaucoma acuto. Ad un tratto, spesso dopo un pasto copioso, l'individuo prova dolori vivissimi al globo oculare ed attorno ad esso; la visione è turbata e talora perduta. L'occhio presenta i sintomi seguenti: pupilla dilatata in midriasi media, ciò che impedisce la confusione con l'irite, in cui vi è sempre miosi. Iniezione vascolare attorno al limbus-pericheratica —, che si attenua man mano ci si allontana dal limbus. Infine l'occhio è duro; la palpazione del globo, fatta con i due indici appoggiati alternativamente sulla palpebra superiore, mentre l'individuo guarda in basso, fa rilevare un aumento del tono facilmente apprezzabile specialmente col confronto dell'occhio sano; l'uso di strumenti rivela pressioni di 60-100 mm., mentre nel sano si hanno 16-18 mm. Dall'ipertensione derivano poi i sintomi di compressione della retina (diminuzione e scomparsa della visione), dell'iride (midriasi, paresi dell'accomodazione), dei nervi ciliari (dolori atroci) e della cornea, che si presenta anestetica, ciò che ha un valore diagnostico differenziale.

L'occhio non può sopportare a lungo tale ipertensione ed il medico deve intervenire rapidamente. Una buona formola mnemotecnica è la seguente: occhio duro con pupilla dilatata = glaucoma; glaucoma = pilocarpina ed iridectomia. Si comincierà con l'uso dei miotici: nitrato di pilocarpina a 2 %, in acqua distillata o eserina in soluzione oleosa al centesimo instillate 6-8 volte al giorno. Vi si associeranno le sanguisughe alle tempie e l'iniezione locale di morfina. Ma, se in 24-48 ore il tono non diminuisce, si dovrà ricorrere alla iridectomia, che nei casi favorevoli tronca l'attacco e ne impedisce la ripetizione. *fil.*

La congiuntivite granulosa palpebrale è indice di tubercolosi.

Saathoff (*Münch. med. Wochenschrift* e *Gazz. Osped. e Clin.*, 13 maggio 1923) ha osservato che un'ipertrofia dei follicoli linfoidi della congiuntiva palpebrale, evidente specialmente alla palpebra inferiore, in vicinanza dell'angolo esterno dell'occhio, rivela una tubercolosi al primissimo stadio. L'esame deve essere fatto alla luce del giorno, abbassando la palpebra inferiore e facendo guardare in alto ed all'indietro; si deve esaminare particolarmente il cul di sacco congiuntivale. Quando esiste il segno notato dall'A., si notano nella congiuntiva delle fini granulazioni, più spiccate all'angolo esterno senza segni di infiammazione. Nei bambini da due a sei anni, le granulazioni sono sempre più voluminose; alle volte esse diminuiscono fino a dare un aspetto vellutato alla congiuntiva. Tale segno, che però esige ancora conferma da ulteriori ricerche, sarebbe una stigmata precoce di tubercolosi; nel bambino può precedere la tubercolino-reazione, nell'adulto può essere il segno rivelatore di una infezione obsoleta. Manca nei casi ad evoluzione letale, e talvolta, sebbene raramente, nelle forme benigne.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Per operare il labbro leporino in bambino. — Al dott. C. D'A. da C.:

È indicata la narcosi generale eterea, che può essere superficiale o profonda. Quest'ultima da preferire. L'anestesia locale in un bambino ed in un'operazione di plastica, non è consigliabile. T. F.

Al dott. P. F., abb. n. 7684:

Un libro recente e adatto al suo scopo è il GUILLEMINOT: *Electrologie e Radiologie* (fr. 50, Masson ed.) in cui è trattato ampiamente l'uso delle correnti elettriche e le relative applicazioni in medicina. MILANI E.

All'abbonato 4784 da P.:

Per la *Ispezione delle carni* consulti il recente ottimo volume del dott. S. GALBUSERA; *L'ispezione delle carni alimentari.* Lito-tipografia editrice universitaria, Padova, Prezzo L. 20. *fil.*

All'abbonato 1089 (2) da C.:

Per le *controindicazioni all'allattamento* veda il fasc. 33, pag. 1082 di quest'anno.

fil.

All'abb. n. 2182-1, Torino:

Il *pessario Mensinga* è descritto e figurato nel numero di agosto della «Clinica Ostetrica» (via Orazio, 30 - Roma). *a. p.*

Al dott. G. B. G., abb. n. 5087:

Sulla *tecnica della reazione di Schick* consulti il «Prontuario dell'Igienista» del dottor FILIPPINI, édito dalla nostra Amministrazione. *a. p.*

ERRATUM. — Nel titolo della rivista sintetica pubblicata sul fasc. 40, p. 1287 e ss., deve dirsi: Sanatorio Mangin.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

LX. — Rimedi giuridici contro la dichiarazione di dimissioni volontarie.

A norma dell'art. 1° della legge 17 agosto 1907, sono impugnabili per il merito in secondo grado dinanzi alla V Sezione del Consiglio di Stato, le deliberazioni degli enti locali in forza delle quali sia stato rotto il rapporto di impiego dei rispettivi dipendenti, qualunque sia la forma che nei singoli casi si adotti per porre in essere quella rottura e *quindi anche nel caso che l'impiegato sia dichiarato dimissionario.* (Consiglio di Stato, Sez. V, decisione 2 febbraio 1923, n. 23).

LXI. — Circa le attribuzioni del Commissario prefettizio.

I poteri del Commissario prefettizio sono limitati agli incarichi che gli sono affidati dal Comune; nella ipotesi poi che l'amministrazione comunale non funzioni del tutto, l'azione del Commissario prefettizio ha, è vero, una maggiore ampiezza, trovandosi egli di fatto in condizioni analoghe a quelle del Commissario regio; però, tenuto anche conto della naturale brevità assegnata al suo incarico, « *non può estendersi al di là di quanto è strettamente necessario a che la vita del Comune non si arresti* ».

In base all'art. 127 del vigente regolamento per la legge comunale e provinciale, il Prefetto può delegare ai suoi Commissari che reggono provvisoriamente le amministrazioni comunali le attribuzioni delle quali egli è investito dalla legge; *ma la legge non contempla fra le attribuzioni devolute ai Prefetti quella di fare aggiunte di disposizioni* ai regolamenti organici del personale dei Comuni, non potendosi concepire che l'aggiunta di una disposizione regolamentare costituisca per sè un atto elevato ad un tale grado di necessità ed urgenza.

L'atto del Commissario prefettizio che non abbia ottenuto la necessaria ratifica del Prefetto è imperfetto e quindi nullo e improduttivo di qualsiasi effetto giuridico. Tale nullità non può essere sanata dall'avvenuta approvazione dell'autorità tutoria, avendo tale ratifica scopi affatto diversi. (Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 6 aprile 1923, n. 77).

Segnaliamo la importanza notevolissima di questa decisione che pone un freno netto e preciso agli eccessi dei Commissari prefettizi: non alludiamo ad esorbitanze che dipendano da malvolere o da ingerenze elettorali della autorità politica, ma intendiamo riferirci alla concezione veramente eccessiva, che è penetrata nell'uso, circa i poteri dei Commissari.

L'art. 127 del vigente regolamento per la legge comunale e provinciale dispone che il Prefetto può delegare ai suoi Commissari, che reggono provvisoriamente le amministrazioni comunali, le attribuzioni delle quali egli è investito dalla legge; ma la legge non contempla fra le attribuzioni devolute ai Prefetti quella, per es., di fare aggiunte di disposizioni ai regolamenti organici del personale dei Comuni. D'altra parte, ha escluso la V Sezione che un provvedimento di questa natura abbia i caratteri di necessità e di urgenza che potrebbero legittimarlo; la decisione sopra indicata considera e definisce urgente l'atto se « la omissione o l'indugio di esso possa arrestare o paralizzare la vita del Comune ».

Circa i Commissari per le Opere Pie, ai quali non si applica l'art. 127 del regolamento per la legge comunale e provinciale, la V Sezione del Consiglio di Stato, confermando la sua giurisprudenza costante, con decisione 16 marzo 1923, n. 66, ha dichiarato che ai Commissari che reggono le Opere Pie sono vietati gli *atti di disposizione* ma sono consentiti quelli di ordinaria gestione, specialmente quando concorra il requisito della urgenza. Nel caso deciso, la V Sezione ha considerato di ordinaria gestione un atto concernente l'applicazione pura e semplice di una norma organica diretta a regolare la condizione di alcuni impiegati provvisori.

LXII. — Le Commissioni dei concorsi deliberano con voti segreti?

« Non esiste nè un principio di ragione logica nè alcuna disposizione positiva la quale « prescriva che qualunque Commissione giudicatrice di un concorso debba sempre deliberare a voti segreti. L'art. 48 del regolamento « amministrativo per l'applicazione della legge sulle Opere Pie non si riferisce alle Commissioni giudicatrici dei concorsi ». (Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 7 aprile 1923, n. 334).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).
Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Come a suo tempo annunziammo, nei giorni 26, 27 e 28 luglio scorso si riunì il Consiglio Superiore di Sanità sotto la presidenza del vice-presidente on. prof. Ettore Marchiafava.

Il Direttore generale della Sanità pubblica, cav. di gr. cr. dott. Alberto Lutrario, manda un fervido saluto al Presidente dell'alto Consesso, on. prof. Camillo Golgi, impedito dal prendere parte ai lavori di questa sessione, ricordando come l'illustre Uomo di recente sia stato fatto segno a solenni onoranze in occasione dell'80° anno di età. Il Consiglio si associa alla manifestazione di ammirazione e di simpatia per il suo illustre Presidente.

Il vice-presidente prof. Marchiafava commemora con commosse parole l'on. prof. Michele Pietravalle e il prof. Camillo Poli di Genova. Il Consiglio si associa inviando condoglianze alle rispettive famiglie.

Dopo di ciò il Direttore generale della Sanità inizia la sua esposizione sui lavori compiuti nelle due sessioni testè tenute dal Comitato generale dell'Ufficio internazionale d'Igiene di Parigi, e dal Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, mettendo anzitutto in rilievo gli sforzi compiutisi per coordinare le spese di funzione dei due organismi al fine di eliminare le interferenze e i doppi impieghi, con le conseguenti dispersioni di energie e di denaro. È questo un gran passo verso la realizzazione di programmi fattivi, ottenutosi mediante l'adozione di un temperamento dallo stesso dott. Lutrario proposto fino da due anni fa.

Fra i molti argomenti discussi presso il Comitato di Parigi e presso quello di Ginevra, il Direttore generale della Sanità accenna ai seguenti:

1°. *Schema di convenzione internazionale sulle grandi vie di comunicazione fluviale.* Per le reti di fiumi e canali d'Europa è possibile andare, sempre navigando, attraverso il continente, dal Mar Nero (focolaio abituale di colera e di peste) al Mar Baltico, al Mare del Nord, alla Manica, all'Oceano Atlantico, e ridiscendere al Mediterraneo. Da settant'anni in qua, i varî Paesi, con una serie di convenzioni internazionali, si sono preoccupati di disciplinare il traffico marittimo, ma nessuna iniziativa era stata presa pel traffico fluviale, assai più pericoloso del primo.

2°. *Nuovo orientamento della profilassi internazionale e marittima,* inspirato ai criteri esposti dal dott. Lutrario circa due anni or sono all'Ufficio internazionale d'Igiene e aventi come capisaldi il porto «organizzato» e la nave «organizzata». Ora il governo dei Paesi Bassi ha chiesto ufficialmente alla Società delle Nazioni (e questa ne ha accolto la richiesta, nominando all'uopo un Sottocomitato del quale fa parte lo stesso comm. Lutrario) di volere indicare quali, a suo avviso, sarebbero i porti «organizzati», capaci cioè di adottare sulle navi in partenza tutte quelle misure atte a prosciogliere le navi stesse nei porti di destinazione, da ogni vincolo sanitario quando nulla sia avvenuto durante la traversata.

3°. *Istituzione presso la Sezione d'igiene della Società delle Nazioni di apposito ufficio* per la raccolta dei dati epidemiologici e di statistica sanitaria internazionale: ufficio che varrà a colmare una grave lacuna per effetto della quale oggi le notizie sanitarie sono monche, frammentarie, lentissime, e manca la possibilità di fare confronti internazionali sulla situazione vera sanitaria dei varî Paesi.

4°. *Nomina di un Comitato d'indagine sul saturnismo,* che dopo la guerra ha avuto dappertutto una recrudescenza. La presidenza del Comitato, di cui sono membri il Direttore generale della Sanità dell'Impero Britannico, e il professore ordinario di Igiene dell'Università di Parigi, è stata affidata ad esso con Lutrario.

5°. *Studi e ricerche su altri temi di alto interesse pratico,* tra i quali i problemi del gozzo endemico intorno al quale è stato raccolto un vasto materiale statistico; della repressione dell'abuso di veleni stupefacenti; del cancro pel quale è stato nominato un Sottocomitato di cui è componente anche esso dott. Lutrario; dell'ileotifo, per cui è stata compiuta un'inchiesta nei varî paesi d'Europa a cura dell'Ufficio internazionale d'Igiene pubblica.

Successivamente il Direttore generale della Sanità, cav. di gr. cr. dott. Lutrario, informò il Consiglio del primo rilevamento statistico delle malattie veneree e sifilitiche compiutosi nel Regno a mezzo di prospetti riassuntivi numerici contenenti il numero dei malati vigilati da ciascun medico, durante il semestre luglio-dicembre 1922. Egli fornì dati interessantissimi, specie nei riguardi dei corpi militari e militarizzati e degli istituti di pena, e nei riguardi di altre nazioni, concludendo come le condizioni sanitarie rispetto alla malattie veneree siano, passato il periodo turbinoso determinato dalla guerra, per tornare al normale, così in Italia come negli altri paesi.

Indi intrattenne il Consiglio sulla grave questione del cancro che tanto pesa sulla salute pubblica dei varî paesi. E sulla base delle indagini statistiche fatte in Italia e all'Estero mise in evidenza come il nostro Paese si trovi, nel confronto con gli altri Paesi europei, in una condizione di privilegio, sia perchè presenta una minore mortalità specifica; sia perchè l'aumento dei casi di malattia che si è verificato ovunque, si manifesta da noi in misura notevolmente più lieve. Rilevò peraltro che l'entità del male, anche presso noi, è così grave di per sè stessa, da meritare tutto l'interessamento per meglio indirizzarvi le cure dei pubblici poteri. A questo riguardo il Direttore generale della Sanità espose i lavori compiuti presso l'Ufficio internazionale d'Igiene di Parigi e presso la Sezione d'Igiene della Lega delle Nazioni, la quale ha nominato un apposito Comitato, di cui fa parte lo stesso dott. Lutrario, per lo studio e le investigazioni complementari, che si riferiscono all'importante argomento.

Dopo brevi parole del Presidente, che mise in rilievo la grande importanza delle notizie fornite dal Direttore generale della Sanità, prese la parola il prof. sen. Pio Foà, che, con compiacimento, rilevò come l'Italia possa ben figurare tra le altre Nazioni che si occupano oggi del cancro con vivo interessamento. Egli informò che un rilevamento statistico, eseguito presso grandi ospedali, in base alle autopsie compiute, fa oscillare i decessi per cancro da un minimo di 1 a 14 ad un massimo di 1 a 18: ciò che rappresenta la metà della mortalità per tubercolosi. Disse degli studi che si fanno su tale malattia nelle altre Nazioni, e che furono oggetto di discussione nell'ultimo Congresso di Strasburgo tenutosi poco tempo fa. A Strasburgo è stato ora impiantato un Istituto speciale con dispensario annesso all'Istituto radiologico e del radium del grande ospedale. Si procede all'accertamento della diagnosi ed alla cura dei curabili con i mezzi più moderni, ed all'assistena degli incurabili. Vorrebbe che anche in Italia si provvedesse sul serio a questa malattia che deve ritenersi un vero flagello e che non tende a diminuire. Rilevò come la malattia sia guaribile intervenendo convenientemente a tempo, e come purtroppo la percentuale dei casi incurabili tra quelli che vengono all'esame del medico sia altissima. In Francia e in altre Nazioni è stata iniziata una vera campagna: bisogna incoraggiare presso di noi il movimento di difesa, la Federazione nazionale contro il cancro e i Comitati locali.

Presero successivamente la parola:

— il prof. Cicconardi, che ricorda gli studi del prof. Pentimalli su tale malattia, e desidera che si emetta un voto perchè si tenga presente il periodo che chiama «precanceroso» e che paragona al pretubercolare;

— il prof. Devoto, che desidera che della difesa del cancro si interessino anche le Società di assicurazione ed altri Enti;

— il prof. Maggiora, che rilevando l'importanza dei dati esposti dal Direttore generale della Sanità ne propose la stampa perchè potessero diffondersi dalla cattedra;

— il prof. Devoto, che si intrattenne specialmente sui corsi di perfezionamento per laureati in medicina e chirurgia;

— il prof. Di Vestea sull'unificazione dei Consigli internazionali di salute pubblica e sulla profilassi della tubercolosi infantile;

— il prof. Manfredi sull'importanza in genere dell'igiene pubblica, quale fattore dell'economia nazionale, nel piano di ricostruzione perseguito dall'attuale Governo;

— il prof. Lanfranchi sull'azione svolta in Sardegna per combattere l'infezione aftosa;

— il prof. Torti sul problema delle carni congelate e della disinfezione dei vagoni ferroviari;

— il prof. Castiglione, sulla necessità che venga formata una coscienza igienica nazionale tenendo presenti anche le scuole medie;

— il dott. Vacino, che è sicuro che i medici condotti collaboreranno nella lotta;

— ed infine il prof. Sclavo, che si occupa specialmente delle vie che si dovrebbero tracciare per conseguire la formazione o la elevazione della coscienza igienica, accennando alle scuole, all'Esercito e al clero. Ricordò quanto era stato fatto dalla Direzione generale di Sanità per provocare l'accordo col Ministero dell'Istruzione pubblica per istituire corsi di igiene nelle scuole medie, ed i risultati che se ne ottennero, e vorrebbe che tale intesa venisse mantenuta. L'insegnamento dell'igiene nelle scuole di magistero non può essere fatto che da competenti. Così i corsi d'igiene nelle scuole di ingegneria devono venire impartiti in maniera che se ne possano trarre dei vantaggi.

Infine il Consiglio Superiore di Sanità approvò, in relazione ai lavori compiuti, alcuni ordini del giorno, che stabilì di presentare ed illustrare al Capo del Governo e al Sottosegretario di Stato per gli Interni, da una Commissione di consiglieri.

Fu esaminato quindi uno schema di disegno di legge riguardante la preparazione e il commercio delle specialità medicinali, che dopo ampia discussione, riportò, previe alcune modificazioni, parere favorevole. Fu pure esaminata una proposta di modifica al regolamento 13 luglio 1914, n. 829, nella parte riguardante la pubblicazione della tariffa dei medicinali da parte dello Stato.

Dopo acconce parole del presidente, sen. Marchiafava, che mise in rilievo l'opera compiuta dalla Direzione generale della Sanità a vantaggio dei servizi sanitari e i risultati efficaci ottenuti, si chiuse la sessione.

Profilassi della lebbra.

Con Decreto Ministeriale 12 settembre 1923 è stata dichiarata obbligatoria la denuncia dei casi, anche sospetti, di lebbra. Tale provvedimento è stato determinato dalla opportunità di intensificare le misure di profilassi della lebbra, nella considerazione che tale malattia, sebbene di lento sviluppo, è tuttavia contagiosa: e che la fonte del contagio è rappresentata esclusivamente dall'uomo malato.

Nei casi denunciati dovrà essere subito provveduto alla vigilanza ed assistenza del lebbroso in seno alla famiglia evitando che girovaghi per le vie per chiedere l'elemosina o per vendere mercanzie, e che frequenti i pubblici ritrovi. Gli abiti, la biancheria, le stoviglie del lebbroso devono essere esclusivamente personali, lavati e disinfettati e il materiale di medicatura bruciato.

Con l'occasione il Ministero ha ritenuto opportuno di disporre che sia eseguito il censimento dei lebbrosi, per accertare con tutta esattezza la entità della diffusione del male, la distribuzione geografica e la forma patologica dei vari casi. A tale scopo è stata predisposta una scheda divisa in quattro parti essenziali: nella 1ª si richiedono le generalità dell'infermo; nella 2ª le notizie intorno all'ambiente in cui ha vissuto e vive; nella 3ª, oltre a particolari notizie nei casi di lebbra persistente nel Comune, importanti elementi intorno alle forme morbose; nella 4ª gli interventi curativi e profilattici.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro l'alcoolismo in Italia.

Il Consiglio dei Ministri su proposta del presidente ha approvato, dopo ampia discussione, uno schema di Decreto che rende più restrittive le norme per i pubblici esercizi. Con questo provvedimento il Presidente del Consiglio ha accettato i voti e le proposte di enti ed organizzazioni sanitarie e congressi sociali; esso porta un nuovo e valido contributo alla lotta contro l'alcoolismo per la tutela della sanità del popolo e per una sempre migliore educazione civile.

Il rapporto tra il numero degli esercizi di vendita e di consumo di vino, birra e di qualsiasi bevanda alcoolica ed il numero degli abitanti viene portato da uno per 500 abitanti a uno per 1000 abitanti. Nel procedere a tale computo, si può assegnare un esercizio anche al numero di abitanti inferiore a 1000, ma non minore di 500, che eventualmente residui.

Gli esercizi in soprannumero attualmente esistenti devono essere eliminati di mano in mano che decadono, per morte o altre delle cause previste dalla legge, le relative licenze od autorizzazioni nella persona degli attuali titolari, e nessuna nuova licenza od autorizzazione può essere rilasciata nei comuni o frazioni di comune ove si verifichi l'eccedenza sul rapporto sopra stabilito.

La licenza e l'autorizzazione sono valide esclusivamente per le persone e per i locali in esse indicate. Esse hanno carattere strettamente personale e non possono essere cedute o trasmesse se non col consenso delle autorità di P. S. ferme le limitazioni di cui sopra.

È assolutamente vietato il rilascio sotto qualsiasi forma o denominazione di licenze o autorizzazioni provvisorie.

L'ora di apertura di esercizi destinati esclusivamente alla vendita e al consumo di vino, birra o di qualsiasi bevanda alcoolica non potrà essere fissata prima delle ore 10 nei giorni feriali e delle ore 11 nei giorni festivi; e per gli stessi l'ora di chiusura non potrà essere fissata oltre le ore 23 dal 15 maggio al 31 ottobre, nè oltre le ore 22 dal 1º novembre al 14 maggio.

Prima degli orari di apertura e dopo gli orari di chiusura sopra indicati è vietata la vendita di vino, birra e bevande alcooliche in ogni altro esercizio di caffè, bar, ristorante, albergo e simili.

Sono abrogate le disposizioni contrarie a questo decreto.

Le colonie permanenti della Croce Rossa Italiana per i figli dei tubercolotici.

Queste colonie accolgono i fanciulli segnalati dai dispensari antitubercolari e ne accertano lo stato di salute. Sono dirette da medici esperimentati, con la collaborazione di insegnanti e di infermieri.

Le colonie permanenti della Croce Rossa Italiana sono attualmente quattro con un totale di trecento letti ed una spesa annua di mezzo milione. Una ha sede in provincia di Novara sul lago di Mergozzo, una sui colli Fiesolani presso Firenze, una a Perugia, una in Sabina. Da poco altre tre colonie si sono unite alla serie: a Cividale, a Biadene di Montebelluna, al passo dell'Aprica in Valtellina. Altre colonie che erano temporanee, estive, ma per cui l'Associazione aveva già potuto trovare locali propri, stanno creando il finanziamento per trasformarsi in permanenti.

Queste opere dovrebbero essere moltiplicate per preparare generazioni più valide e perchè esse rappresentano un mezzo fra i più potenti nella lotta contro la tubercolosi.

Coordinamento delle opere assistenziali nel Belgio.

Il Belgio, seguendo l'esempio degli Stati Uniti, ha costituito un Consiglio Nazionale formato dai delegati di tutte le grandi Associazioni per la lotta contro le malattie sociali. Al primo Convegno venne invitato anche il Segretario generale della Lega internazionale delle Croci Rosse, il quale ha proposto un ordine del giorno, secondo cui il Segretariato del Comitato nazionale delle Opere di igiene viene affidato alla Croce Rossa. Il Comitato avrà per missione di coordinare e di sviluppare la propaganda intrapresa dalle differenti Associazioni riunite, senza che da ciò derivi alcuna menomazione della loro rispettiva autorità. In tal modo il palazzo della Croce Rossa belga diverrà il centro di azione per combattere le malattie sociali e, mentre le singole Associazioni svilupperanno un'azione indipendente propria al loro scopo, esse si terranno sempre collegate fra loro nell'interesse generale della salute pubblica.

Cronaca del movimento professionale.

Sezione di Frosinone e Velletri dell'Associazione Nazionale dei Medici condotti.

Si sono adunati a Congresso i medici condotti della Sezione di Frosinone e Velletri. Gl'intervenuti furono numerosi. Il presidente Angelini riferì sull'azione spiegata durante l'anno a favore della classe e dei soci nei Comuni di Labico, di Maenza, di Giuliano, di Guarcino e di molti altri, azione coronata sempre da successo; e annunziò che anche in Frosinone si era riusciti a far cessare il lungo interinato, indecoroso per un Comune Capoluogo di Circondario. Quest'ultima vittoria fu dovuta all'interessamento cortese, benevolo ed energico del sig. Sottoprefetto cav. Giannelli che fu largo di aiuti e di benevolenze colla Sezione; e agli egregi Commissari Prefettizi succedutisi al governo del Comune, cav. Pellegrini e cav. Turriziani; il primo che preparò, ed il secondo che con alacrità e rapidità inconsueta e degna di encomio, perfezionò e condusse felicemente a termine il Capitolato di condotta. L'assemblea applaudì entusiasticamente e dette incarico alla Presidenza di portare agli ilustri ed egregi Funzionari il plauso della classe.

Dovendosi procedere all'elezione delle cariche, per acclamazione furono confermati gli uscenti: presidente Angelini; segretario-cassiere Asteriti; consiglieri: Massimi, Galanti, Costantini e Buglioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BIELLA (*Novara*). *Ospedale degli Infermi.* — Dirigente i Gabinetti di fisioterapia. Scad. 18 ott. L. 5000; 40 % proventi esami e cure di fisioterapia. Titoli ed esami. Età lim. 45. Schiarimenti dalla Direzione.

BIENSINA (*Pisa*). — Scad. 15 ott.; stip. L. 6000 per 1000 pov.; quadrienni decimo; due c.-v.; L. 500 uff. san.; L. 2000 cavalc.

CAMPIGLIA MARITTIMA (*Pisa*). — Per Venturina; stip. L. 6000 e quadrienni decimo; due c.-v.; L. 2000 cavalc. Scad. 15 ott.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san.; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, indenn. c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FIUMANA (*Forlì*). — Al 15 ott. Età lim. 25-39; stip. L. 8000 e 10 bienni ventes.; addiz. L. 5 oltre i 500 pov.; per uff. san. L. 500; assicur. Situaz. famiglia.

FOSSATO SERRALTA (*Catanzaro*). — L. 6000 e quattro sessenni decimo; L. 1200 cav.; L. 600 uff. san.; nomina subordinata accettazione capitolato. Scad. ore 12 del 1° novembre. Schiarimenti dall'Ufficio Comunale.

GROSSETO. — Aiuto medico chirurgo nell'Ospedale; L. 6000 lorde e 2 c.-v.; alloggio nell'Istituto. Scad. 15 ott.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. 4 nov. Per Montiano. L. 9000 e sessenni decimo per la res. e cura poveri; doppio c.-v.; L. 200 indenn. malaria.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due primari medici specialisti nell'Ospedale per tubercolotici in Garbagnate; L. 7000 oltre indenn. di L. 2000, trasporto quotid. gratuito da Milano. Titoli od esami o titoli ed esami. Prova annuale; nomina e conferme triennali. Esercizio profession. da 8 anni. Età lim. 44. Scad. ore 16 del 17 ottobre.

MONFUMO (*Treviso*). — Concorso medico aperto fino al 30 ottobre 1923. Per informazioni rivolgersi al Municipio. Il Sindaco: Candido Toscan.

NAPOLI. *R. Università.* — Aiuto alla Clinica pediatrica; L. 7500, con un quinquennio di L. 700 ed uno di L. 900; c.-v. Esami: a parità di merito i titoli stabiliranno la preferenza. — Assistente nella Clinica ostetrico-ginecologica dal 1° gennaio al 30 giugno; stip. L. 1300. — Domande al Rettore.

NOASCA (*Torino*). — Cons. con Ceresole Reale. A tutto il 16 ottobre. L. 10,000 complessive per i poveri, senza limite di età.

ROMA. *R. Università.* — Assistente all' Istituto d'Igiene; esame teorico-pratico: a parità di merito i titoli stabiliscono la preferenza. Terna. Scadenza ore 12 del 10 nov. Domande al Rettore. Dichiaraz. di non occupare altro ufficio retribuito da Enti pubblici.

TERAMO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario capo dell'ufficio d'igiene. Direttore del Laboratorio comun. Scad. 20 ott. L. 9000 e 10 trienni; indennità missione. Aumenti in corso di studio. Divieto di esercizio libero. Titoli ed esami. Età lim. 56. Abit. 27.500.

TREQUANDA (*Siena*). — Scad. 20 ott. Per Petrojo e Castelmuzio; L. 6500, doppio c.-v. e indenn. supplementare per la famiglia; 6 quadrienni decimo.

BORSE DI STUDIO.

La Società «Gazzoni» di Bologna ha istituito una «Borsa di studio» dell'ammontare di seimila franchi annui per quel giovane chimico o fisico italiano che si recherà nel laboratorio «Curie» di Parigi a fare ricerche sulla radioattività. Tale istituzione avrà la durata di 10 anni. La signora Curie ha vivamente ringraziato il signor Gazzoni per tale istituzione che sarà di notevole incremento agli studii sugli effetti benefici del radio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con R. Decreto sono stati nominati i 21 componenti del Consiglio Sup. della P. I., in conformità alle norme fissate con R. Decreto 16 luglio 1923. A far parte del Consiglio sono stati chiamati i seguenti rappresentanti delle discipline mediche: Donati Mario, ordinario di clinica chirurgica a Padova; Simonetta Luigi, lib. doc. d'igiene a Siena; Trambusti Arnaldo, ordinario di patologia generale a Genova; Viola Gioacchino, ordinario di clinica medica a Bologna; i proff. Simonetta e Trambusti sono stati chiamati a far parte anche della Giunta.

La Commissione giudicatrice del concorso alla cattedra di Medicina legale nella R. Università di Modena, costituita dai proff. Perrando, Mirto, Borri, Sclavo e Carrara, ha dichiarato (su 7 concorrenti), quattro maturi: 1. Lattes; 2. Pellegrini; 3. Cazzaniga; 4. Romanese.

Il dott. De Crecchio ha ricorso contro tale deliberazione al Consiglio Superiore della P. I., il quale ha escluso di poter entrare in merito.

La cattedra è stata occupata dal prof. Lattes Leone.

Avendo il prof. Fiori declinato l'incarico dell'insegnamento di Clinica chirurgica presso l'Università di Modena, la Facoltà ha incaricato di questo insegnamento il prof. Schiazzi Benedetto di Bologna.

Il prof. Salvatore Diez è stato nominato membro effettivo nella Commissione arbitrale Centrale per gli infortuni agricoli, in sostituzione del compianto prof. Borri.

S. M. il Re ha assegnato alla memoria del compianto magg. medico Luigi Corti, rimasto vittima della barbara imboscata greca, la croce di cavaliere dell'Ordine Militare di Savoia.

Con R. Decreto 24 agosto 1922 fu concessa al dott. Lorenzo Russo, ufficiale sanitario di Savignano di Puglia (Avellino), la medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica, in riconoscimento dell'opera prestata presso le popolazioni civili durante il suo servizio militare.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Per la diffusione della coltura italiana all'Estero.

S. PAOLO DEL BRASILE.

Indubbiamente *Il Policlinico* è uno dei più diffusi ed apprezzati periodici di medicina nel Brasile: esso ha molta parte sull'accreditare la scienza medica italiana in questa ricca e vasta regione.

Tale successo, vanto del *Policlinico,* deve manifestamente ascriversi alla bontà intrinseca del periodico; ma vi ha qualche parte un elemento accessorio: cioè l'Amministrazione — che è molto illuminata — tiene il prezzo d'abbonamento per l'estero uguale a quello per l'Italia.

Non si spiega perchè, invece, quasi tutte le riviste italiane, a pubblicità più o meno diradata, debbano far pagare in franchi-oro i prezzi stabiliti per l'Italia in lire-carta. Comprendiamo le difficoltà in cui si dibatte l'arte editoriale; ma non è con questi mezzi che si contribuisce a risolverle: anzi essi portano al risultato di far contrarre la diffusione delle riviste italiane.

È chiaro, infatti, che dal caro-riviste viene un incitamento in senso negativo ad assumere gli abbonamenti. L'industria editoriale finisce per risentirne un danno indiretto, mentre essa presume di proteggersi; quel ch'è peggio, ne scapitano la coltura italiana, e, quindi, il nostro prestigio nazionale.

Perchè i periodici italiani non imitano *Il Policlinico,* il quale, con disinteresse pari alle sue nobili tradizioni, rende agevoli gli abbonamenti all'estero? Noi qui vorremmo che *Il Policlinico* alzasse la sua autorevole voce e sollecitasse i suoi confratelli italiani a seguirne l'esempio: renderebbe così un vero e segnalato servigio al nostro Paese, cui si volgono i nostri pensieri da questa terra ospitale, che è la nostra seconda Patria.

Prof. E. TRAMONTI.

Abbiamo pubblicato integralmente quanto ci invia l'illustre collega ed amico. Stimiamo superfluo di commentare; ci limitiamo a richiamare sull'avveduta e patriottica proposta l'attenzione dei nostri Editori.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso Italiano di Medicina Interna.

(*Roma, 24-26 ottobre 1923*).

L'Ufficio di Segreteria comunica:

È incominciata da tempo la spedizione agli iscritti della tessera personale e dei documenti per ottenere la riduzione sulle ferrovie. Appena scaduto il termine utile per la presentazione delle comunicazioni, sarà stampato il programma definitivo dei lavori.

Sono in corso trattative per ottenere varie facilitazioni ai Congressisti e signore, come l'ingresso gratuito nei musei, tariffe speciali negli alberghi, ecc.

Il Comitato ordinatore ha deciso di dedicare una parte della seduta pomeridiana del 26, esclusivamente alla trattazione dell'*insulina*: a tal scopo precederà una rivista sintetica sull'argomento, e quindi sarà aperta su di essa la discussione, in modo che questo importantissimo nuovo capitolo di terapia sia appieno sviscerato, ed almeno porti il proprio contributo di conoscenze, di osservazioni, di giudizi per l'istruzione di tutti.

Per la relazione in comune colla Società di Chirurgia, i relatori restano così fissati: proff. Muscatello e Crosti (parte chirurgica), proff. Schupfer e Alessandri (parte medica).

Vi sarà una conferenza sulla efficacia della vaccinazione preventiva nella cura della tubercolosi umana.

Per le iscrizioni e quant'altro riguarda l'organizzazione del Congresso, si rimanda ai comunicati precedenti.

Alla Clinica oftalmica di Pavia.

Per solennizzare il centenario di fondazione della Clinica, venne scoperta, in presenza delle Autorità, nell'Aula, una lapide ove sono incisi i nomi dei quattro insegnanti che si sono succeduti nella cattedra: Scarpa, Flarer, Quaglino, Falchi.

Nell'occasione furono offerti al Falchi, il quale lascia l'insegnamento per avere raggiunto i limiti di età, una medaglia d'oro ed un volume rilegato, che raccoglie le opere sue e dei suoi allievi.

Il centenario di Valsalva.

Il 23 settembre u. s. è stato solennemente celebrato ad Imola il 2° centenario della morte di Anton Maria Valsalva, alla presenza di alte personalità venute da ogni parte d'Italia e delle Autorità.

Tenne la commemorazione ufficiale, al Teatro Comunale, il prof. Guglielmo Bilancioni, con una efficace orazione, di cui daremo prossimamente le parti più salienti. Pronunziarono discorsi anche i proff. Giordano, Barduzzi, Rava, Pazzi. Nell'Ospedale civile fu scoperta una lapide, che porta l'effige in rilievo del Valsalva.

Per l'importazione delle acque minerali.

Sarà data la più rigorosa attuazione all'art. 20 del Regolamento (Legge 16 luglio 1916), per il quale non sono ammesse alla importazione nel Regno

le acque minerali estere delle quali non sia stata autorizzata la vendita a norma degli articoli 7 della legge e 8, 9 e 10 del regolamento.

Elargizioni e lasciti.

Il signor Luigi Corbetta, morto a Milano, ha istituito suo erede universale quell'Ospedale Maggiore; il suo patrimonio sorpassa il valore di mezzo milione.

Lauree di medicina del lavoro.

Gli Istituti Clinici di Milano hanno conferito tre lauree in medicina del lavoro: sono esse tra le prime lauree specializzate conferite in Italia. Si tratta in realtà della chiamata ad effetto di una disposizione presa per decreto-legge or son cinque anni, colla quale gli studiosi, che già possiedano una laurea, possono farsi conferire dalla rispettiva Facoltà Universitaria una *laurea speciale*, purchè abbiano frequentato durante un anno tre corsi su materie relative ad una data disciplina, abbiano eloborato qualche studio originale e abbiano superato alla fine dell'anno una serie di prove — fra le quali quella di una conferenza pubblica — atte a dimostrare il possesso di una cultura specializzata nella disciplina stessa.

Corsi di perfezionamento.

La Facoltà Medica di Vienna ha organizzato un corso di laringo-rino-otologia, per medici pratici, dal 3 al 16 dicembre. Per iscrizioni, programmi e prenotazioni di alloggi rivolgersi prontamente al segretario dott. Veronfeld, Wien IX, Porzellangasse 22, dove avrà sede anche l'ufficio del corso. Le tessere di frequenza dovranno ritirarsi nella Casa di Billrott della Società dei medici, Wien IX, Frankgasse 8, ovvero nelle aule prima delle lezioni. Tassa per gli italiani: 300,000 corone.

Un corso di perfezionamento sui progressi recenti della medicina interna e campi limitrofi si terrà nel febbraio 1924, a cura dei clinici medici Wenckenbach, Ortner e Chvostek, col concorso di quasi tutti i professori e docenti di medicina ininterna.

Un altro corso di perfezionamento per la chirurgia, la ginecologia, l'ostetricia e la pediatria si terrà nel giugno 1924.

Durante tutti i mesi dell'anno si tengono, presso la Facoltà Medica di Vienna, dei corsi nei vari campi della medicina. Per i programmi relativi rivolgersi alla segreteria della Facoltà (Wien I, Ring del 12 November).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 15 ottobre 1923 Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. R. ALESSANDRI.
AMBULATORIO PER LE MALATTIE URINARIE.

Alcune indicazioni alla pielografia.
(Con appunti di tecnica).

Dott. AUGUSTO CASSUTO.

La pielografia ha avuto in Italia fino a poco tempo addietro scarsi fautori, perchè ritenuta non immune da inconvenienti anche gravi, e ancora se ne discute dell'opportunità; ma perfezionata la tecnica e trovate delle soluzioni radiopache più innocue, va acquistando sempre più il favore dei chirurgi anche da noi. Essa certamente costituisce un validissimo aiuto diagnostico per l'urologo, e una ormai lunga serie di prove non mi conduce a dover segnalare inconvenienti di una qualche entità.

Non sarà forse inutile indicare i casi in cui la pielografia trova impiego opportuno e alcuni dati di tecnica dedotti dall'esperienza personale, poichè si tratta sempre di un metodo che richiede una certa delicatezza.

Anzitutto, mi sembra opportuna la pielografia in tutti quei casi di rene mobile nei quali il soggetto si lagna di dolori più o meno continui, che talora si esacerbano con crisi dolorose alla regione lombare o all'addome, tali da raggiungere l'intensità di una colica, con vomito e difesa muscolare.

Questi dolori accessionali che di solito vengono attribuiti a effetto di congestione e di strozzamento del rene, mi sembra più facile intenderli come dovuti a distensione del bacinetto per temporanea occlusione dell'uretere. In queste forme dolorose le sole che interessano il chirurgo, o in quei rari casi di rene mobile che perfino arrivano a determinare una stasi del colon o del duodeno, non di rado la pielografia dimostrerà bene una distensione della pelvi nello stadio di pre-idronefrosi: quale nessun cateterismo o altra indagine clinica riuscirebbe a mettere in evidenza. Questo reperto darà l'indicazione nella maggioranza dei casi a una semplice nefropessia, la quale oltre che sollevare immediatamente l'infermo gli eviterà la possibilità di una dolorosa soppressione dell'organo quando l'idronefrosi abbia assunto proporzioni clinicamente dimostrabili.

Ma anche nei casi in cui una idronefrosi sia stata già diagnosticata, la pielografia trova una indicazione opportuna: anzitutto essa appoggerà o meno la diagnosi, e nel caso poi ci mostrerà la grandezza e la forma, se la dilatazione della pelvi è ampollare o racemosa, se vi partecipano anche i calici e se tutta

o una porzione soltanto dell'uretere. Di più, talora ci permetterà di formulare con molta approssimazione una diagnosi eziologica, come, un impianto anomalo dell'uretere, oppure un restringimento del suo sbocco nella pelvi ovvero anche la presenza di un'arteria anomala, quale causa dell'idronefrosi.



Fig. I. — Rene mobile doloroso allo stadio di pre-idronefrosi.
Nefropessia: guarigione.



Fig. III. — Idronefrosi da arteria anomala.
(Controllo operatorio).

Ancora, in casi di piuria renale, nei quali la tubercolosi sia assolutamente da escludere, la pielografia potrà qui pure mettere in evidenza una dilatazione della pelvi neanche sospettata.

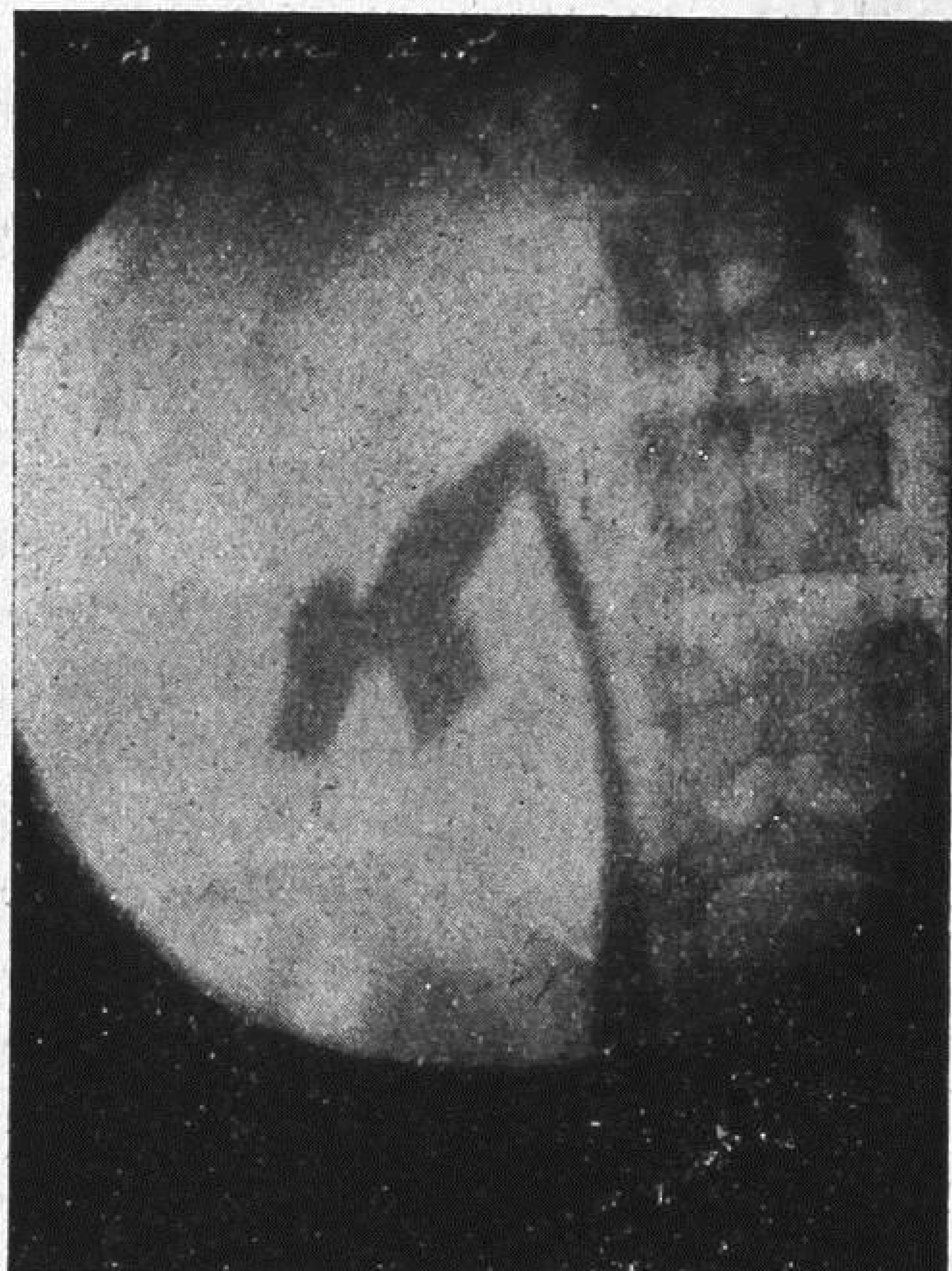


Fig. II. — Rene mobile doloroso allo stadio di pre-idronefrosi.
Nefropessia: guarigione.



Fig. IV. — Tubercolosi del rene con gravi alterazioni dell'uretere.
Operazione: guarigione.

Quanto la radiografia, eseguita da persona esperta, non riesca a porre in rilievo dei calcoli e i dolori lombari continuano a persistere, il liquido radiopaco penetrando nella sostanza renale, potrà svelare un'ulcerazione di guisa che la diagnosi di tubercolosi sarà posta con molto fondamento e gli altri sintomi dovranno ricercarsi con grande attenzione.

Quando la diagnosi di tubercolosi renale sia già fatta certa, la pielografia varrà a porre in rilievo quanto siano progredite le lesioni del rene: potremo osservare i calici deformati e comunicanti fra loro, talora erosi verso la sommità delle papille oppure eccessivamente lunghi fino a comunicare con una o più ca-

verne della sostanza renale. Il calibro dell'uretere potrà essere irregolarmente aumentato, scomparse le curve fisiologiche, così da apparire come un grosso e tozzo cordone retratto verso l'alto e più o meno addossato parallelamente alla colonna vertebrale. Tutti ragguagli questi, preziosi per il chirurgo.

Le ematurie certamente non dovute a calcoli o a tubercolosi ci interessano ancor più ove si debbano sospettare come dovute a tumori del rene o del bacinetto.

Tutti sanno le difficoltà che spesso si incontrano per porre un esatta diagnosi tra tumore renale, rene policistico e idronefrosi, per non parlare dei tumori che possono sorgere

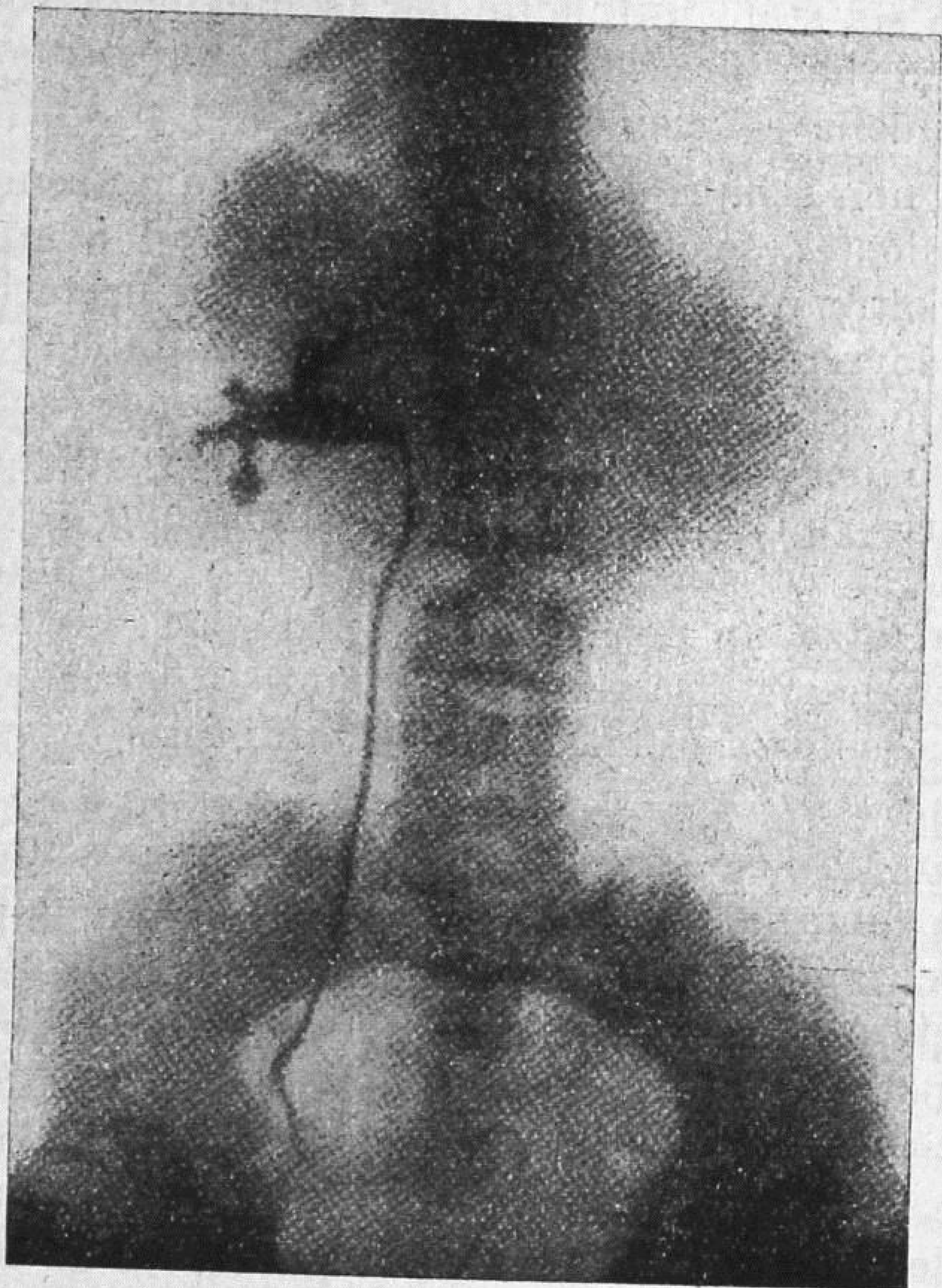


Fig. V. — Tumore del rene.
Da Baetzner.

in vicinanza del rene e che pure possono provocare delle ematurie: ebbene, quando si abbia a che fare con dei tumori propri del rene otterremo dei pielogrammi molto significativi. Si osserveranno delle deformazioni della pelvi e delle immagini lacunari come son date dai tumori della vescica o dello stomaco quando noi li riempiamo con soluzioni radiopache. Ma ancora; le interruzioni e i frastagliamenti dell'ombra dei calici, e le discontinuità della pelvi, quando non sia ben circoscritta la forma di un calcolo, depongono verosimilmente per un tumore.

Gli ipernefromi, i grossi reni policistici e in genere tutti i tumori voluminosi del rene sogliono quasi adagiarsi in posizione orizzontale, cosicchè modificano trasversalmente anche il decorso dell'uretere; tale spostamento sembra dovuto alla compressione che il diaframma esercita sul polo superiore del rene. Alcune volte, più che adagiato, il rene appare capitombolato all'esterno oppure torto sul peduncolo verso la colonna vertebrale, in guisa da far compiere all'uretere una curva a concavità verso l'alto o addirittura un angolo; in questo caso il cateterismo e il riempimento della pelvi riescono di difficile esecuzione. La pielografia di questi casi è caratteristica per l'arco formato dall'uretere e per la pelvi capovolta in basso, la quale può anche non presentare apprezzabili deformità.

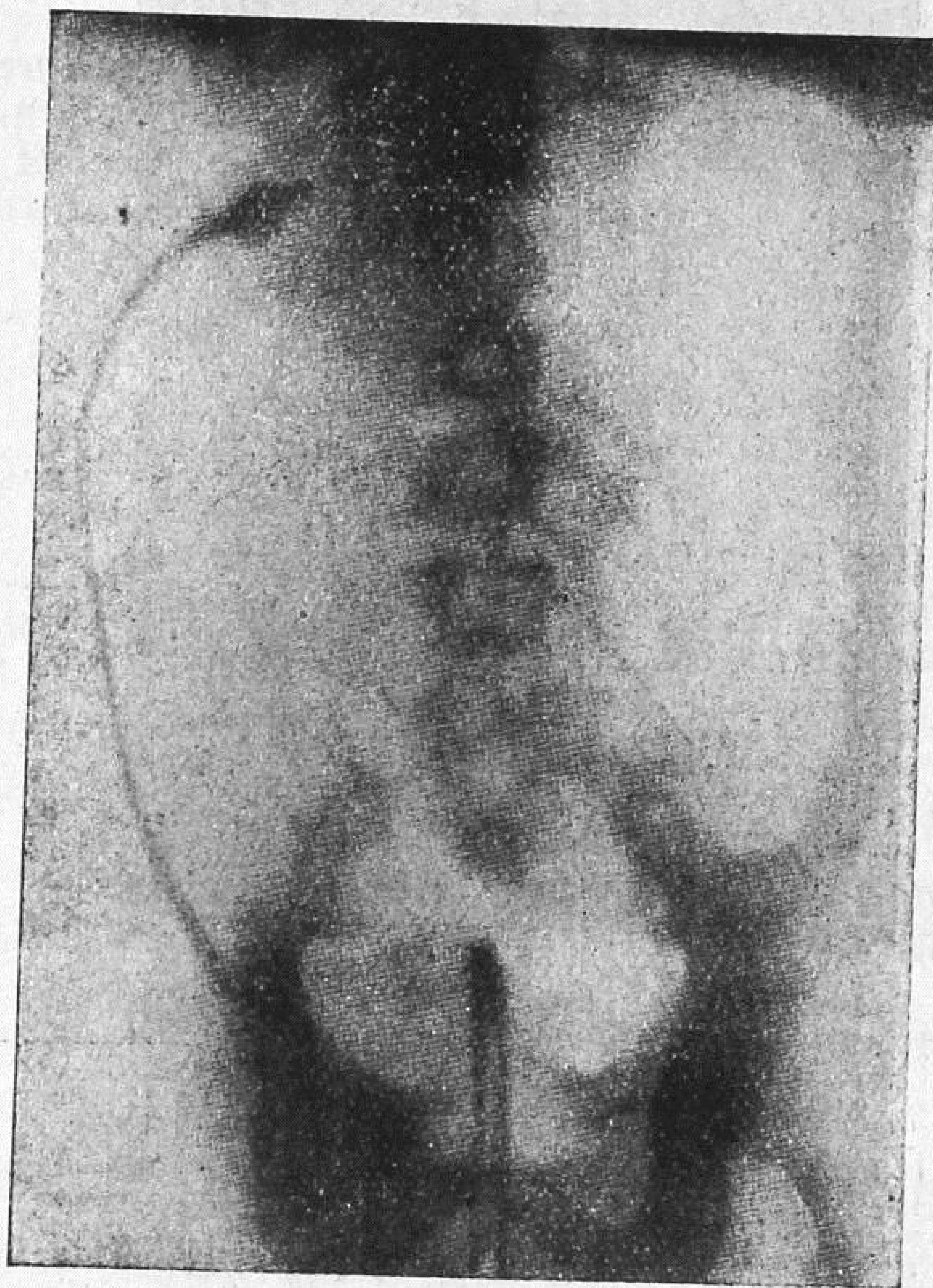


Fig. VI. — Tumore del rene.
Da Baetzner.

La pielografia è ancora utilmente applicabile nei prostatici: in quanto essa ci faccia meglio conoscere la frequenza delle dilatazioni secondarie dell'uretere e della pelvi, sospettate soltanto dai dolori che accusano gli infermi, fornendoci così un dato certo di alto valore prognostico a causa di questa lesione concomitante.

Anche nelle malattie dell'uretere, il riempimento di questo è più utile dell'introduzione di una semplice sonda radiopaca.

Quando con la radiografia è stata sorpresa l'ombra di un calcolo, la ureterografia ci aiuta nella maggioranza dei casi a concludere se è vero e intraureterico, oppure dovuto a fleboliti, ghiandole calcificate, calcoli biliari, appendicolari, ecc.: nel primo caso il calcolo potrà non vedersi più, ma l'uretere apparirà dila-

tato in un punto, altrimenti apparirà normale e più o meno distante dalla proiezione dell'ombra del calcolo.

Anche se la sonda non può superare un determinato segmento, il liquido iniettato riesce invece a superare facilmente la parte ristretta dell'uretere: allora, se nell'ombra la dilatazione appare al di sopra e al disotto dell'ostacolo trovato, oppure soltanto nella porzione superiore ad esso, avremo l'interpretazione di un restringimento permanente o di un inginocchiamento accidentale dell'uretere.



Fig. VII. — Rene abbassato un poco, pielite, inginocchiamento accidentale dell'uretere.
Cure mediche: guarigione.

Ancora, quando cistoscopicamente si osservino dei meati ureterali dilatati o beanti, congiunti o no ad alterazioni vescicali (vescica a colonne), la ureterografia, se praticata sistematicamente, potrà forse rischiarare la patogenesi ancora oscura di certe dilatazioni permanenti degli ureteri (Legueu).

***

Alle indicazioni che mi sono sembrate più razionali, faccio seguire poche note sulla tecnica della pielografia quale ormai da tempo soglio eseguire sia nella Clinica chirurgica del mio Maestro, prof. Alessandri, che nella pratica privata, senza che io abbia sin quì avuto a lamentare incidenti.

Contrariamente a quanto altri consigliano, mi servo per il cateterismo dell'uretere di sonde estremamente sottili, n. 4, 5 Charr. (*), di guisa che il deflusso dell'urina fra il lume dell'uretere e la sonda sia largamente assicurato appena si verifichi il minimo aumento di pressione nel bacinetto.

Mi sembra ovvio insistere sui vantaggi di questo particolare di tecnica che può risparmiare seri incidenti, sebbene renda un po' più difficoltose le manovre di riempimento e di svuotamento della pelvi.

In genere, introduco il catetere per non meno di 25 cm. quando non abbia a che fare con un rene fortemente abbassato o ectopico.

Se il cateterismo dell'uretere procede regolare, dobbiamo assicurarci che il deflusso dell'urina avvenga ritmicamente, e quando il catetere sia stato introdotto per la lunghezza voluta si può procedere senz'altro alla istillazione della soluzione di contrasto.

Ma non sempre le cose procedono tanto semplicemente: se la sonda non riesce ad avanzare oltre pochi centimetri dal meato ureterico, dovremo tuttavia studiarci di ottenere ugualmente la pielografia. Sia cercando con l'aiuto del mandrino di forzare dolcemente e a varie riprese l'ostacolo, sia cambiando direzione al catetere, oppure istillando con una certa forza un po' di liquido radiopaco e controllando nel frattempo con l'ottica del cistoscopio se esso refluisca immediatamente in vescica.

Dato il caso, sarà inutile ricorrere ad ulteriori tentativi, considerando come impossibile l'esecuzione della pielografia; ma altrimenti, l'uretere alquanto dilatato dal liquido istillato permetterà probabilmente alla sonda di procedere oltre l'ostacolo incontrato.

Se, altro caso, dopo un cateterismo anche facile l'urina fuoriesce dal catetere a getto, senza ritmo, in guisa da far sospettare una dilatazione della pelvi, si deve in questo caso far avanzare un poco più la sonda per svuotare completamente la pelvi, raccogliendo l'urina per dedurne la capacità: ritratto poi alquanto il catetere si dovrà istillare il liquido.

Fra le infinità di liquidi proposti per la pielografia, mi limiterò a ricordare fra i più noti, dapprima il collargolo al 10 %, poi le emulsioni oleose di bismuto o di xeroformio al 15-20 % (Döderlein e Krönig), le sospensioni e soluzioni di nitrato di torio al 10 % (Joung, Mayo) e lo ioduro di potassio al 10 % (Rubritius). Infine le tre soluzioni oggi più in uso perchè le più innocue ed efficaci: il bromuro di sodio al 30 %, lo ioduro di sodio al 10 %, che è ancora più intensamente radiopaco del precedente e lo ioduro di litio (Joseph) che è preferibile a tutti per la bellezza delle imma-

(*) La numerazione secondo la filiera di Pasteau, da taluni usata per i cateteri ureterici, corrisponde alla metà di quella di Charrière che va a 1/3 di mm.

gini fornite: Umbrenal, Pjelon, e Jod-Lithium, sono i nomi commerciali dati alle varie soluzioni di questi sali.

L'ossigeno è anche da menzionare fra i mezzi utili di contrasto (Burkhardt e Polano, v. Lichtemberg e Diehlen), ma mentre posso accertare che introdotto nell'apparato urinario esso è del tutto innocuo, non ho ancora una sufficiente esperienza sulla sua utilità nella pielografia. Il suo impiego più pratico è forse come mezzo di contrasto nella calcolosi, così spesso misconosciuta perchè permeabile talora ai Raggi X.

Quanto al metodo di riempimento della pelvi, taluni sogliono istillare il liquido facendolo gradualmente salire nel catetere da una buretta di Mohr con dispositivo un po' ingombrante (Papin).

Io mi servo semplicemente di una siringa di Record da 20 cmc. e di un corto ago di Pravaz à cono tronco che si imbocca al catetere.

Il liquido che io preferisco è il Jod-Lithium (lo ioduro di litio) che riscaldato primitivamente nella sua fiala a bagno-maria, viene poi dolcemente iniettato in guisa da impiegare parecchi minuti.

Quando dal bacinetto non è scolata via che una piccola quantità normale di urina, la pelvi riceve, senza che il paziente abbia a manifestare sensazioni dolorifiche alla regione lombare, dai sei agli otto cmc. di liquido. Ma quando venga controllata una certa ritenzione di urina, la dose da immettere nella pelvi potrà essere notevolmente superiore a quella indicata. Adoperando lo ioduro di litio non sono mai da superare i 20 cmc. sufficienti a dare un'ombra intensissima.

Il liquido soglio farlo istillare mentre io controllo col cistoscopio: e poichè mi servo di un catetere sottile, vedo quasi sempre già defluire un po' di liquido in vescica prima che l'infermo per eccesso di riempimento della pelvi abbia ad accusare sensazioni di molestia.

Terminata l'istillazione il radiologo opera subito rapidamente: a differenza di quanto altri fanno, poichè eseguisco tutte le manovre sul trocoscopio, opportunamente munito di staffe, ho la possibilità di lasciare in posto il cistoscopio per gli opportuni controlli, e di poter agire con incomparabile sveltezza.

Presa poi la radiografia, mediante una certa aspirazione con la siringa riesco a favorire lo svuotamento rapido della pelvi, quindi estraggo il catetere.

Chi abbia acquistato una certa pratica nelle brevi manualità del cateterismo ureterale e nel riempimento delicato della pelvi con le norme che ho riferito, possiede indubbiamente un metodo diagnostico assai meno lungo e doloroso per il paziente che il pneumoperitoneo, l'insufflazione del colon o l'enfisema lombare perirenale, e di gran lunga superiore per efficacia: tale da offrire in taluni casi incomparabili servigi come mi sono studiato di porre in evidenza.

Della vasta bibliografia fiorita dopo le comunicazioni di Voelcker e v. Lichtemberg, dal 1906 ad oggi sull'argomento, non ho riportato che quella più recente e i lavori più importanti (*).

Roma, marzo 1923.

(*) Ho scelto dalla mia collezione di pielografie, alcune fra le più dimostrative pel tema che ho cercato d'illustrare.

Debbo alla valentìa dell'amico dott. Bianchini se i pielogrammi hanno avuto un'esecuzione assai bella, e gli debbo perciò i miei ringraziamenti.

BIBLIOGRAFIA.

1. PAUL BLATT. *Bericht über 29 Hjdronephrosen, zugleich ein Beitrag zur cjstischen Dilatation des vesicalen Ureterendes und zur Idronephrose in Doppelnieren.* Zeitsch. f. Urolog. Chirurg. II Band, n. 3, 4, 1922, p. 93.
2. K. BÖHRINGER. *Haematurie nach Natriumbromid bei Pjelo und Cjstoradiographie.* Zeitsch. f. Chirurg. 21 oct. 1922 p. 1558.
3. BONANOME ACHILLE. *Ureteropielografia.* Rivista Ospedaliera, n. 1, 1915.
4. H. BRÜTT. *Zur Frage der «üblen Zufälle» bei der Pjelographie.* Zeitsch. f. Urologie B. 10, 1922, p. 295.
5. BURKHARDT und POLANO. *Die Füllung der Blase mit Sauerstoff, etc.* Münch. Mediz. Woch., 1907, l. I.
6. A. CAILLET. *De la Piélographie dans la lithiase Rino-Urétérale.* Edit. Maloine, 1922, Parigi.
7. H. CARELLI. *Sur le pneumo-péritoine, et sur une méthode personnelle pour voir le rein sans pneumo-péritoine.* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, n. 30, 3 novembre 1921, p. 1411.
8. LEOPOLD CASPER. *Die Indikationen und Kontraindicationen der Pyelographie.* Zeit. f. Urologie, B. 17, n. 3, pag. 182.
9. M. GRAUHAN. *Bemerkungen über das Verhältnis des anatomischen zum pjelographischen Befunde bei den chirurgischen Nierenerkrangungen.* Zeitsch. f. Urologie, B. 10, 1922, p. 343.
10. JEANBRAU. *Calculs de l'uretère. Encyclopédie d'Urologie.* Doin, edit., Parigi, T. III, pag. 787.
11. E. JOSEPH. *Ein Todesfall nach Pneumoperitoneum.* Berlin. Klin. Wochensc., 1921, pag. 1361.
12. H. KÜMMELL. *Experimentellen Beitrage zur Radiographie von Nierensteinen mittels der Imprägnations-methode.* Zeitsch. f. Urol. Chirurg., B. 10, 1922, pag. 92.

13. B. LEGUEU et PAPIN. *Technique et accidents de la piélographie.* Arch. Urolo. de la Clin. Necker, 1913, pagg. 12-38.
14. LEHMANN. *Die Gefahren der Pjelographie.* Zeitsch. f. Urologie, Band. 10, 1922, pagina 420.
15. LICHTEMBERG (VON) und DIEHLEN. *Der Darstellung des Nierenbeckens und Ureters in Röntgenbilde nach Sauerstoff-Füllung.* Münch. Mediz. Wochen., 1911, 1. VIII.
16. LICHTEMBERG (VON). *Die Aufschlüsse der Pyelographie.* Zeitsch. f. Urolog., B. 17, n. 3, 1923, pag. 169.
17. MALLET et COLIEZ. *La radioscopie des reins.* Bull. et Mém. de la Soc. Radiol. de France, n. 79, 10 mai 1921, p. 112.
18. MORSON and WHITE. *Three cases illustrating the value of Pjelographje.* British Medical Journal, n. 3190, 18 febb. 1922, p. 257.
19. A. NARATH. *Zur frage der Pjelonschädlichkeit.* Zeit. f. Urol. t. 16, n. 8, 1922.
20. PAPIN, YOUNG et WATERS. *Rapports sur la pyélographie.* I.er Congr. de la Soc. Intern. d'Urologie, Paris 1922.
21. PAPIN. *La pyélographie.* Parigi, 1921.
22. RIBADEAU-DUMAS, MALLET et DE LA LAUDERIE. *L'exploration radiologique des reins.* Paris Médical, T. X., n. 24, 1922.
23. R. SANTE. *Pneumoperitoneum in Kideney diagnosis with special reference to the detection of retroperitoneal masses.* The Journ. of Urolog., t. VII, n. XX. 6, 1922, p. 451.
24. L. SOUBIRAN. *Nouveau procedé d'exploration radiologique du rein par production d'emphisème périrénale (pneumorein).* Thiriat, edit., 1922, Tolosa

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE COLONIALE G. DE MARTINO. MOGADISCIO.

Sopra un caso di polineurite malarica grave

per il dott. UGO REITANI, capitano medico.

Quantunque i casi di polineurite malarica, sicuramente accertati, non siano infrequenti e siano stati bene studiati, specialmente in questi ultimi anni, ho creduto che non sia del tutto inutile descriverne un caso caduto sotto la mia osservazione. Nei paesi tropicali, ove la malaria coi suoi sintomi morbosi e le complicazioni più gravi è evenienza frequentissima, è opportuno che il medico, nuovo giunto, non trascuri mai di pensare alla etiologia malarica in forme morbose le più diverse. La ignoranza di questo importantissimo e frequensissimo fattore eziologico può talvolta portare a delle conseguenze gravi se non irreparabili.

Casi di polineurite malarica furono descritti ampiamente da Jourdan, Campbell, Highet, Bardellini, Schupfer, Ewald, Metin, Mathis, Régnault, Sacquépée et Dopter, Lavéran, Stefaloyannis, Mendelson, ecc., ecc.

Grall fa un ampio studio su questo argomento; Ascoli, nella sua magistrale opera sulla malaria, vi dedica un capitolo; e non v'ha testo recente o giornale di medicina tropicale in cui l'argomento importantissimo sia trascurato.

Grall dice « Toute polynévrite, dont l'évolution commence et se poursuit sous la dépendance de détermination incontestables de la malaria, est d'origine palustre ».

Nei paesi caldi in cui può aversi il sospetto del beri-beri, lo studio offre maggiore interesse. Fortunatamente il beri-beri in Somalia è evenienza rarissima; in quasi due anni di pratica io ne ho potuto constatare solo un caso sicuro in un indigeno proveniente da Zanzibar. Altri casi diagnosticati come beriberi è da pensare che siano stati dovuti ad altri agenti eziologici.

D. G. B., di anni 50, ex sottufficiale di Marina, in servizio presso la S. A. I. S., addetto alla navigazione fluviale dell'Uebi Scebeli, da circa due anni in Somalia. Proveniente dal « Villaggio Duca degli Abbruzzi », trasportato d'urgenza in autocarro il 30 giugno 1922.

Anamnesi ereditaria e remota negativa. Si sposò molto giovane con una donna sana, dalla quale ebbe due figli, tuttora viventi e sani.

Nega lues, nega malattie veneree. È stato forte mangiatore e buon bevitore, quantunque non abbia mai ecceduto nel bere al punto di ubbriacarsi o diventare alticcio; in certi periodi, d'altra parte, beve pochissimo o nulla. Durante il periodo di navigazione sullo Scebeli ha bevuto pochissimo.

Moderato fumatore di pipa. Trovasi in Somalia dal dicembre 1920. Nel mese di marzo 1922 ebbe a soffrire di un flemmone al dito indice sinistro, da morso di scimmia. Il 1° giugno 1922 al villaggio fu colto da un violento attacco febbrile, durato 12 ore, che venne curato col chinino. Ha preso del chinino saltuariamente ed a piccole dosi. Il 20 giugno u. s. alle ore 7, mentre sulla barca a vapore si dirigeva verso Mahaddei, partendo da Gialalas, venne colto da febbre violenta senza brivido. Giunto a Mahaddei alle ore 16 si recò all'infermeria. Gli fu constatata la temperatura 40°.

Il giorno seguente si trasferì al Villaggio; la febbre cedette, avvertiva però profonda stanchezza. Nel giorno successivo (22) l'astenia era avvertita più a carico degli arti inferiori. Il sanitario del luogo gli consigliò di stare in assoluto riposo. Non migliorò, anzi a carico degli arti inferiori andò stabilendosi una paralisi, per la quale non riusciva più a reggersi in piedi. I muscoli erano flaccidi, la pressione ovunque arrecava dolore. Anche a carico degli arti superiori sopravvenne paresi. La febbre non era più ritornata. Il medico gli praticò delle iniezioni di stricnina, che non sortirono alcun effetto. I fenomeni intanto nei giorni successivi erano andati aggravandosi. Il 30 venne inviato d'urgenza a questo Ospedale. Giunge alle ore 15.

E. O. — Individuo di buona costituzione fisica. Masse muscolari discrete ma flaccide, pannicolo adiposo discreto, non si palpano glandole, colorito del volto pallido con tendenza alla cianosi, delle mucose visibili pallido. Il paziente è in uno stato angoscioso, dovuto ad una tosse continua, insistente, difficoltà di emissione dell'espettorato, difficoltà di respirazione che si presenta superficiale e frequente (28 R), assoluta impossibilità di muoversi. Temperatura 36°. Si sentono rantoli umidi su tutto l'ambito respiratorio, specie verso le grosse diramazioni bronchiali. Suono profondo tendente al timpanitico alla percussione. L'espettorato, che emette con grande pena, è bianchiccio e schiumoso. Cuore in limiti; toni profondi e impuri; polso piccolo frequente (96-98) con rare pause di qualche secondo, molle. Non si notano tortuosità arteriose.

Lingua patinosa, alito sgradevole, vomito in seguito ad ingestione anche di un cucchiaio di acqua, addome leggermente meteorico e dolente, specie alla fossa iliaca sinistra. Non si riesce a palpare la milza, la manovra provoca dolore, fegato palpabile e dolente.

Sistema nervoso. — Il paziente, quantunque assai depresso, è perfettamente cosciente della gravità delle sue condizioni, è bene orientato nel tempo e nello spazio. Nessun disturbo nella sfera psichica. Alle varie domande rivoltegli risponde con voce afona e con stento, ma in modo preciso; è ostacolato anche dalla tosse e dall'espettorato che stenta ad emettere. La memoria è lucida. Non accusa disturbi speciali a carico del sensorio. È vinto da una grande stanchezza generale.

La sensibilità tattile è perfettamente conservata in ogni territorio nervoso, anche i più lievi tocchi con alcuni fili di pennello vengono percepiti ed esattamente localizzati. La sensazione di tocco in alcuni territori nervosi (sciatico e sue diramazioni) viene percepita con un ritardo di due secondi. La sensibilità profonda è esagerata in qualunque territorio nervoso, ma specialmente negli arti inferiori. Alla pressione il paziente grida per il dolore. Senso di dolore spontaneo vivo a cintura avverte il malato. Particolarmente dolorosa riesce la pressione sulle regioni lombo-sacrali e sui muscoli surali. La pressione è del pari dolorosa negli arti superiori, territorio del radiale, ma più specialmente in quello del cubitale, più a destra che a sinistra.

La sensibilità dolorosa della cute è conservata ovunque, lievemente ritardata negli arti inferiori. La sensibilità termica al caldo ed al freddo è conservata ma con un ritardo di tre secondi per il caldo, specialmente negli arti inferiori. Il paziente avverte talvolta senso di formicolio agli arti superiori ed inferiori, localizzato lungo il decorso del nervo sciatico di destra e del cubitale e del radiale di destra. Il senso stereognostico è leggermente alterato. Nessun disturbo trofico. Nessun disturbo a carico del senso della vista, dell'udito, dell'olfatto, del gusto.

Esame della motilità. — L'ammalato giace supino sul letto con gli arti abbandonati, non riesce a sollevare il tronco nè a reggersi da solo seduto. I movimenti passivi sono tutti possibili senza alcuna resistenza da parte de l'infermo, ma taluni (abduzione degli arti inferiori, estensione della gamba sulla coscia e della coscia sul bacino) risvegliano vivo dolore.

L'oculomozione è normale. Paralisi lieve del facciale inferiore destro. Disturbi a carico dei muscoli della deglutizione e della fonazione, deviazione a sinistra dell'arco palatino e dell'ugola. Il paziente riesce a sollevare le braccia ed a muoverle in tutti i sensi, ma si stanca facilmente. Possibili i movimenti dell'avambraccio, di flessione, di estensione, di lateralità, di prensione delle mani. Possibili in tutti i sensi i movimenti delle dita, ma lenti e conducenti facilmente a stanchezza. L'impiego del dinamometro permette di apprezzare una notevole diminuzione di forza, specialmente a destra. Agli arti inferiori sono semplicemente possibili limitatissimi movimenti di flessione della coscia sul bacino. I piedi pendono colle estremità in giù. La flessione dorsale e l'abduzione del piede è impossibile.

L'eccitabilità elettrica dei muscoli e dei nervi è conservata nel territorio del facciale, degli oculo-motori, negli arti superiori, diminuita nei muscoli dell'addome e negli arti inferiori, specialmente a destra. Tono muscolare lievemente diminuito pei muscoli del viso, lato destro, sensibilmente diminuito negli arti superiori, tronco, addome. Abolito per gli arti inferiori.

Riflessi. — Riflessi corneali, congiuntivali, pupillari (alla luce ed alla accomodazione), normali. Riflessi tendinei debolissimi negli arti superiori, aboliti negli arti inferiori. Riflessi cutanei aboliti.

Nessun tremore. Sfinteri integri.

Esame microscopico del sangue per la ricerca dei parassiti malarici, negativo.

Esame delle urine: tracce di albumina.

La Wassermann non si può eseguire per mancanza di mezzi necessari.

Si praticano delle iniezioni di olio canforato ogni tre ore e si prescrive un clistere evacuativo. Notte agitata. La mattina seguente il malato ha un lieve rialzo termico (38°.2). Si ripete l'esame microscopico del sangue e si trovano rari schizonti di plasmodium praecox.

Previa iniezione di olio canforato e di adrenalina si inietta per via endovenosa un grammo di chinino che l'ammalato sopporta molto bene. Il giorno 2 luglio lieve miglioramento. Si può somministrare con stento qualche cucchiaio di una miscela espettorante; si ripete la iniezione endovenosa di un grammo di chinino, previa somministrazione di cardiocinetici. Nei giorni 3, 4, 5 si continuano le iniezioni endovenose di un grammo di chinino. Il miglioramento è sensibile: la deglutizione si compie in maniera soddisfacente, la espettorazione riesce agevole. Respiro migliorato. Polso ritmico, 84, pieno. Il paziente riposa nella notte, può ingoiare dello zabaglione e del caffè con latte. Nei giorni seguenti il miglioramento è generale, anche per quanto riguarda la motilità. Si continua la cura chininica «per os» (2 gr. al giorno) e si praticano iniezioni endovenose di cacodilato di sodio (da 50 ctg. ad un gr.). Al 15° giorno il malato cammina con l'aiuto di due bastoni. Si associa alla cura antimalarica e ricostituente la stricnina ed il massaggio elettrico. Al 30° giorno la deambulazione si compie bene senza alcun aiuto. Il tono muscolare è

presente ovunque, l'eccitabilità elettrica normale, i riflessi cutanei lievemente indeboliti, i riflessi rotulei sempre assenti. Il 26 di agosto il paziente, in ottime condizioni, s'imbarca per il rimpatrio. Da notizie avute da lui stesso dall'Italia mi risulta che le sue condizioni di salute sono sempre buone.

Nel caso descritto si notava dunque: paralisi centrale di grado leggero del facciale di destra, paralisi parziale del glosso-faringeo e del vago, paresi del radiale e del cubitale, più accentuata a carico di questo nervo, più evidente a destra che a sinistra, paralisi dei muscoli del dorso e del ventre, paralisi del crurale, dell'otturatorio, dei glutei, dello sciatico e delle sue diramazioni, specie del peroneo. Ovunque le vie di moto erano più compromesse delle vie sensitive. Particolarmente pericolosa appariva la paralisi del glosso-faringeo e del vago ed assai grave l'insorgere dell'edema polmonare. Stabilita la diagnosi di polineurite occorreva indagarne l'eziologia. La anamnesi e l'esame obbiettivo escludevano come fattori eziologici il saturnismo, l'arsenico, il mercurio, il rame, l'argento, il fosforo, la ergotina. Non v'era storia di alcoolismo cronico: nella polineurite alcoolica pare che manchi il senso di fascia addominale, pare che siano caratteristiche per tal forma le paralisi localizzate nel peroneo e nel radiale. Nel nostro caso non esisteva tremore di sorta, non esisteva il cosidetto sintomo del Quinquaud. Era pure da escludere la forma di neurite così detta autotossica (diabete, gotta, nefrite cronica) e di neurite arterio sclerotica, mancando i segni di queste malattie. La sifilide, quantunque non fosse stata praticata la Wassermann, poteva essere eliminata oltre che dall'anamnesi negativa, dalla mancanza di altri sintomi concomitanti. Restava da escludere la così detta polineurite reumatica primitiva ed il beri-beri. L'esame obbiettivo, l'insorgere del male in una zona eminentemente malarica, dopo un attacco di febbre alta, il reperto microscopico positivo della laverania praecox in fine, han permesso di stabilire come certa la natura malarica del caso in questione. La cura specifica poi ha dato dei risultati rapidi e brillanti. Circa l'associazione della malaria col beri-beri, è da ricordare oltre che l'estrema rarità di questa malattia in Colonia, la mancanza di fattori eziologici, la mancanza di edemi, la mancanza di tachicardia d'alto grado, l'assenza di anestesie e di speciale elezione di parestesie nel piano muscolare antero-esterno della gamba.

Tuttavia non può dirsi che la polineurite malarica abbia una fisionomia propria caratteristica che la faccia distinguere d'emblée tra le altre forme di polineurite. Nel caso nostro mancavano i disturbi trofici che da Sacquépée et Dopter vengono considerati come costanti nella sintomatologia della polinevrite palustre. Forse un segno potrebbe essere la grande variabilità di sintomi sensitivi e motorii. La diagnosi va fatta per esclusione e tenendo conto del modo d'insorgere del male, della località e delle malattie dominanti nella regione in cui è insorto, del fattore malaria, del reperto microscopico del sangue.

La natura tossica della polineurite malarica è ammessa ormai dalla più gran parte degli autori; è da supporre che possano anche intervenire dei fatti congestizi ed emorragici dei vasi del perinervio.

Stabilita la diagnosi, non bisogna esitare ad intervenire energicamente colla cura specifica. Il chinino, impedendo le recidive, ed eliminando i parassiti che eventualmente possano trovarsi in circolo e la produzione di nuove tossine, toglie il pericolo del ripetersi dei fatti congestizi ed emorragici.

OPERE CONSULTATE.

V. ASCOLI. *La malaria*. Torino, 1915.

BARDELLINI. *Sui disturbi del sistema nervoso nella malaria*. Annali di medicina navale, 1918.

BOINET. *Polynévrite palustre*. Rev. de méd., 1901.

CAMPBELL HIGHET. *Malarial peripheral neuritis*. Jour. of trop. med., 1908, vol. I.

CASTELLANI e CHALMERS. *Manual of tropical medicine*. London, 1919.

EICHORST. *Patologia e terapia speciale medica*. Trad. Edit. Mil. Vol. III, 1908.

EWALD. *Ein weiterer Fall von Polyneuritis nach malaria*. Berl. Klin. Woch., n. 38, 1900.

JOURDAN. *Polynévrite périphérique d'origine palustre*. Gaz. des Hôp., n. 59, 1896.

GRALL et CLARAC. *Traité pratique de pathologie exotique*. Vol. II. Paris, 1911.

LAVERAN. *Traité de paludisme*. Paris, 1898.

MANSON. *Tropical diseases*. London, 1918.

MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *L'infezione malarica*. Milano, 1902.

MATHIS. Rev. de Méd., 1903.

MENDELSON. *A genuine case of malarial polyneurits*. Journ. of trop. med. & hyg., 1922.

MÉTIN. Arch. méd. nav., 1897.

MÉTIN. Annales d'hyg. et de méd. col., 1910.

RÉGNAULT. *Polynévrite paludéenne*. Rev. de Méd., 1896.

SACQUÉPÉE et DOPTER. *Des névrites palustres*. Rev. de Méd., 1900.

STEFALOYANNIS. *Paraplégie palustre*. Jour. des pract., 1922.

STRACHAN. *Malarial multiple peripheral neuritis*. Practitionner, 1897.

VINCENT et RIEUX. *Paludisme*, in « Nouveau traité de médicine ». Roger-Widal. Teissier, fasc. V, Paris, 1922.

ZIEMAN in MENSE. *Handbuch der tropenkrankheiten*. Leipzig, 1914.

AMBULATORI ANTIMALARICI DI CAGLIARI.

Un caso di febbre ricorrente in Sardegna.

Dott. GIUSEPPE BROTZU, direttore.

Com'è noto, il tifo ricorrente è endemico in alcuni stati europei (Germania, Russia, Polonia, Stati Balcanici), ed è frequente nel bacino mediterraneo sulla costa Africana e Asiatica. Malgrado la prossimità di questi focolai l'Italia è rimasta sempre immune; solamente durante la guerra si osservarono piccole epidemie fra i prigionieri, ma, a differenza di quanto accadde per altre malattie, come per il tifo esantematico, il tifo ricorrente non si propagò fra la popolazione civile.

Anche in Sardegna, per quanto è a mia conoscenza, non si ebbero mai casi di questa malattia. Ma la posizione speciale dell'isola, relativamente al bacino Mediterraneo e alla vicinanza della costa africana (con facili e frequenti scambi specialmente verso la Tunisia) può favorire tuttavia lo svilupparsi anche in essa di casi sporadici di malattie comuni nei paesi caldi, senza che spesso si riesca a stabilire l'origine vera del contagio. Così sono stati descritti casi di Leishmaniosi tropica, di Leishmaniosi infantum e ormai frequenti sono i casi di dissenteria amebica.

Credo pertanto non privo di interesse un caso di spirillosi ricorrente da me riscontrato a Cagliari sulla fine dell'ottobre 1922.

Il giorno 23 di quel mese si presentò all'Ambulatorio Antimalarico di S. Domenico l'ammalato P. C. di anni 31 da Cagliari, di professione minatore, domiciliato in Via S. Domenico. Ci riferì che il giorno 22 nel più assoluto benessere era stato colto da un forte brivido seguito da febbre elevatissima. Nel momento si lamentava di cefalea intensa, dolori generali muscolari, specialmente alle braccia e alle gambe, stanchezza, nausea, e durante la visita venne colto da vomito non biliare.

Nell'anamnesi non si riscontra niente di notevole. Padre e madre e collaterali sani. L'ammalato non ha mai sofferto di malattie degne di rilievo, ha fatto il servizio militare in Tripolitania per sette anni, durante i quali è stato sempre sano, se si eccettua una breve degenza all'ospedale per un piccolo intervento chirurgico. È ritornato in Patria da tre anni, durante i quali ha goduto sempre di perfetta salute.

Procedendo quindi all'esame obbiettivo si rileva:

Individuo di sana e robusta costituzione scheletrica e muscolare, pannicolo adiposo normale. Colorito della cute subitterico. Congiuntive e mucose non iniettate.

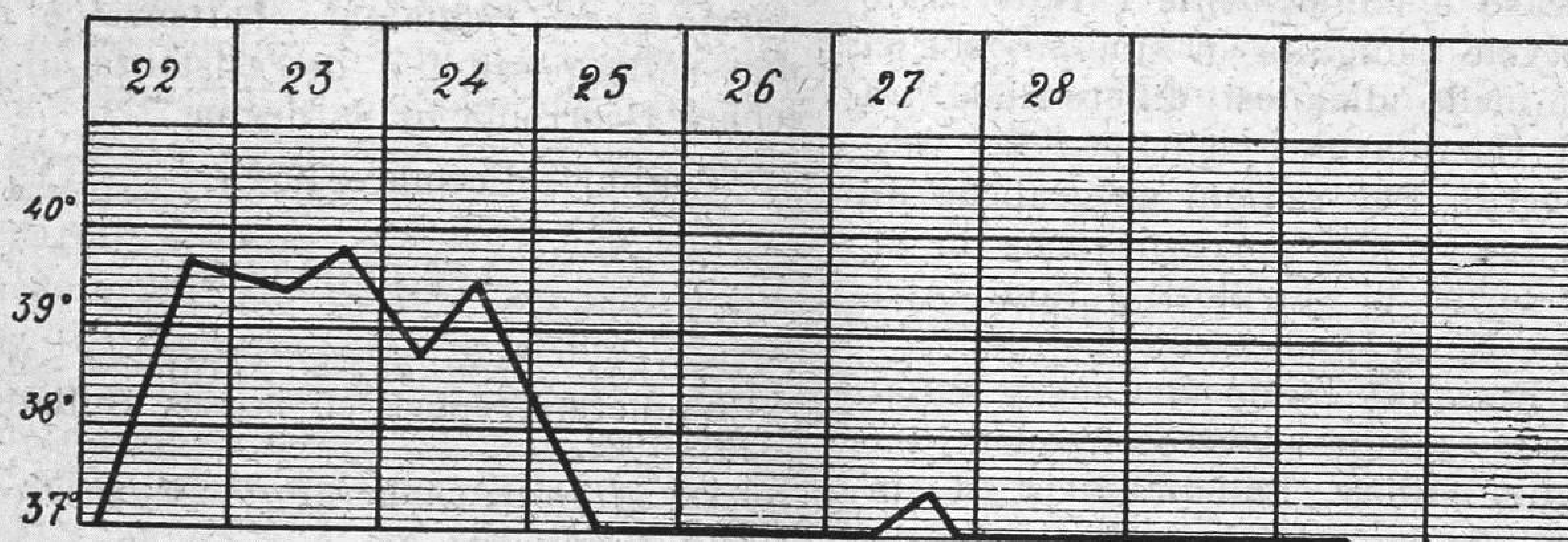
Niente di speciale all'esame dell'apparato cardio-vascolare. Polso 120.

Niente all'apparato respiratorio.

Lingua impatinata, non arrossata ai bordi, addome dolente alla palpazione. Vomito. Altre funzioni intestinali regolari.

Fegato leggermente ingrandito. La milza ingrossata supera con il margine superiore la 7ª costola e sorpassa anteriormente l'ascellare anteriore. Il margine inferiore si palpa nelle inspirazioni profonde ed appare di consistenza dura.

Apparato urogenitale normale. Urine normali. Coscienza e sensorio perfettamente liberi. Dolori alla palpazione delle masse muscolari specialmente alle braccia e alla regione poplitea.



Temperatura 39,5.

Convinto sulle prime di essere di fronte ad un caso di malaria eseguii i regolari prelevamenti di sangue per striscio rimandando l'inizio della cura dopo avvenuto l'accertamento diagnostico, essendo norma dell'Ambulatorio Antimalarico da me diretto di non iniziare la cura della malattia se non dopo un esame positivo per plasmodium, salvo casi di eccezionale gravità in cui tale attesa potesse essere di danno all'ammalato. Il preparato venne colorato con il comune metodo del bieosinato del Tribondeau, e non lieve fu la sorpresa nel constatare l'assenza dei parassiti malarici, e la presenza invece di spironemi.

Questi non erano molto numerosi e presentavano i seguenti caratteri: lunghezza oscillante tra i 12 μ e i 23 μ, il numero delle spire era nel maggior numero degli spironemi di 6.

(24-10). Il giorno seguente l'ammalato afferma di sentirsi meglio, sono cessate le nausee e i vomiti. Ha ancora senso di stanchezza e dolori muscolari. Temperatura 38,7. Polso 105. L'esame del sangue fa rilevare ancora la pre-

senza di spironemi, ma in quantità molto minore.

25-10. L'ammalato riferisce che nella notte precedente ha avuto una forte sudorazione seguita da caduta della febbre. Orinazione abbondante. Accusa però ancora stanchezza. Gli spirilli sono scomparsi completamente dal sangue circolante. Temperatura 36,7.

Nei giorni seguenti l'ammalato migliora rapidamente e la convalescenza segue il suo ritmo normale senza che si sia osservata alcuna ricaduta. Egli si è solo lamentato di un lieve prurito cutaneo, ed ha avuto il 28 un lieve rialzo di temperatura a 37,5.

Il colorito lievemente giallo della cute è scomparso rapidamente. Il fegato è rientrato nei limiti, mentre la milza è rimasta ingrossata e dura.

Ripetuti esami di sangue sono stati sempre negativi per la ricerca degli spirilli.

Dato tale reperto clinico e batteriologico le diagnosi del tifo ricorrente non può non imporsi e non ritenersi esatta.

Resta però a decidersi a quale tipo di spirillosi ricorrente sia da ascriversi il nostro caso e quale ne possa essere stata l'eventuale origine.

Il nosro caso è clinicamente caratterizzato da una notevole benignità di sintomi, che ci può guidare nella diagnosi differenziale tra spirillosi di Obermayer e spirillosi del Sergent (o berbera). Per ragioni geografiche mi pare infatti logico non porre neanche in discussione le forme di spirillosi Duttoni (Africa centrale) e Novy (America).

La forma Europea stando al Chosky e Balfour è a decorso piuttoso severo: frequenti l'ittero, il vomito biliare, l'albuminuria, il singhiozzo, il delirio, la forte prostrazione. La durata dell'accesso dai 5 ai 7 giorni. La forma berbera, messa per altro in dubbio da alcuni autori come varietà a sè, è invece piuttosto lieve e coincide per caratteri clinici con il nostro caso: anche per la durata dell'accesso che oscilla dai 2 agli 8 giorni.

Batteriologicamente gli spironemi della febbre ricorrente di Obermayer sono lunghi in media a 19 μ, con numero di spire da 5 a 10 e generalmente numerosi.

Nella forma berbera sogliono invece essere piuttosto scarsi, di lunghezza oscillante da 19 μ a 22 μ, con numero di spire da 4 a 6.

Dati questi caratteri clinici e batteriologici mi pare più ovvio ritenere di trovarci di fronte a un caso di febbre ricorrente probabilmente del tipo nord-africano o berbera.

Quanto poi all'origine del contagio la permanenza del nostro malato in Tripolitania può far pensare che si tratti di una recidiva a lunga scadenza o di una forma rimasta latente per lungo periodo ed esplosa dopo tre anni di lontananza dal luogo di infezione.

Ciò non sarebbe da meravigliare anche perchè una latenza così lunga si riscontra anche in altre malattie, per quanto niente di simile abbiamo trovato nella letteratura sul tifo ricorrente.

Perciò non si può abbandonare del tutto l'idea che in Sardegna possono esistere dei casi autoctoni di spirillosi ricorrente.

Ho accennato alla forma di «bottone d'oriente o piede di Madura» e di «Leismaniosi infantum» descritti in Sardegna senza poter trovare la fonte del contagio. Non è quindi improbabile che esistano in quella regione dei casi endemici anche di spirillosi ricorrente, rimasti finora non diagnosticati per la loro vera natura e confusi con altre malattie e probabilmente con l'infezione malarica: confusione nella quale verosimilmente sarei caduto anch'io, senza l'esame del sangue, tanto più data la benignità dei sintomi, e la unicità dell'accesso.

Ritengo pertanto doveroso, con il riferire questo caso, richiamare l'attenzione dei medici sulla possibilità dell'esistenza di casi di febbre ricorrente in Sardegna.

Cagliari, dicembre 1922.

LETTERATURA.

CASTELLANI. *Manual of Tropical Medicine.* Chalmers Tropical di seases Bulletin, ann. 1911-1922.

NÖLLER. *Handbuch der Pathogenen Protozoen-Prowasek.*

KOLL e WASSERMANN. *Handbuch der Pathogenen Mikrorganismen.* Band VII (Mühlens).

STORIA DELLA MEDICINA.

Prof. D. BARDUZZI.

Galeno e Galenismo.

§ I.

Dell'ultimo celebre Maestro della medicina greco-romana, scrittore fecondo in tutti i rami di essa, ed in altre materie, le cui dottrine sopravvissero per quasi quindici secoli, di *Galeno* e del *Galenismo*, debbo fare parola (1).

Benchè in ogni tempo siasi scritto molto di Lui e della sua Scuola, nondimeno, se non erro, non se ne ha ancora da molti un chiaro e preciso concetto, come sarebbe necessario per ogni medico.

Invero se debbonsi riconoscere a *Galeno* dei meriti singolari, per altro non credo che sia giudizio equo il paragonarlo ad *Ippocrate*, e molto meno di proclamarlo perfino superiore a questo grande genio della medicina, il cui spirito aleggia ancora nelle scienze mediche moderne.

Non si può pertanto convenire con lo *Sprengel*, che invece giudicò *Galeno* il genio più brillante dei tempi antichi, dotato dei più vari talenti in tutti i rami della medicina e delle scienze naturali, oltrechè filosofo e giurista.

Non parmi neppure che si possa concordare pienamente con quei critici che lo riguardano l'ordinatore geniale delle dottrine mediche dai tempi preippocratici fino all'Asclepiadismo poichè se Egli fosse stato realmente un vero genio avrebbe potuto elevare la dottrina greco-romana, spogliandola di tante scorie, a vero e reale progresso. All'opposto nella sua vastissima erudizione, ognora dominato da uno sterile dogmatismo come da eccessiva ambizionè, tenne spesso in non cale, nella sostanza, le dottrine ippocratiche, e costrinse la medicina ad erronei o sterili criterii sistematici.

Se fosse stato realmente una mente superiore, serena, obbiettiva, non avrebbe al certo detto che se qualcuno fosse voluto divenire celebre senza fatica, avrebbe potuto facilmente riuscirvi raccogliendo tutto ciò che Egli nella sua vita aveva, dopo molte ricerche, scoperto.

Se non ostante però le sue jattanze vanitose, la falsa umiltà, l'eccessiva presunzione, deviò spesso nelle sue polemiche, confuse in un mare di parole dalla retta via, non si deve disconoscere che ebbe mente vasta, somma erudizione, e grande attività, ma che però gli fecero difetto le doti precipue di un provvido riformatore della medicina, che sarebbe stato oltre ogni dire necessario.

I suoi seguici poi anzi che porne in evidenza i veri meriti li menomarono, costringendo troppo nell'arte le di Lui dottrine, per guisa che allorquando queste rimasero dalle competizioni continue trasformate, apparve crollante tutto l'edificio scientifico galenico. Ed invero lo mantenne nella sua supremazia per secoli soltanto la mancanza di un nuovo spirito elevato, sereno, indipendente.

Non credo quindi di essere in errore opinando che il *Galenismo* non avrebbe potuto mantenersi tanto a lungo, se alla luce dell'osservazione obbiettiva e dell'esperimento preciso gli fossero state contrapposte serie dottrine indiscutibili.

Appare anzi strano a primo aspetto, come *Galeno*, che ebbe il merito di essere stato il primo fautore dell'esperimentazione nella fisiologia inculcandola ai suoi seguaci, non la tenesse poi nelle sue teorie nel giusto pregio.

Credo che questa discordanza si debba attribuire al fatto che, trascinato dalle sue dottrine filosofiche, dal suo dogmatismo sistematico, si trovò in contrasto con quelle Ippocratiche e con lo sperimentalismo stesso.

§ II.

Prima di addentrarci in un breve esame critico sulla vastissima opera di *Galeno*, giudico opportuno dirvi chi Egli fosse, e donde venisse a Roma, ove passò la maggior parte della sua vita, ed ove la compiè, carico di fama e di onori sotto l'Imperatore Severo nel 201 anno dell'Era volgare.

La patria di *Galeno* fu Pergamo nell'Asia Minore. Figlio di un architetto e filosofo, venne educato dal padre nella filosofia di Platone, alla quale però Egli preferì l'Aristotelica.

Però a 17 anni volle dedicarsi, male annuendo il padre, allo studio della medicina con grande trasporto, e dopo i primi studii in patria si condusse a Corinto alla Scuola di *Numesiano*, e per accrescere ancora le sue cognizioni nelle scienze naturali viaggiò in Palestina, e poscia volle recarsi alla celebre scuola di *Alessandria*, ove trovò vasto campo di cultura anche nella celebre biblioteca ptolomea e mezzi particolari per lo studio dell'anatomia, alla quale si dedicò con grande amore. Ritornato in patria a 29 anni, vi praticò la medicina fra la grande estimazione dei concittadini e specie la chirurgia nel Ginnasio; ma spaventato, dopo quattro anni, da un movimento cittadino di sedizione, riparò in Roma, ove in sulle prime non trovò accoglienze

(1) Dalle lezioni di Storia della Medicina nella R. Università di Siena. Anno accademico 1922-23.

benevoli neppure dai suoi colleghi greci, perchè erasi dato a criticare troppo severamente le varie Scuole mediche, pretendendo imporsi colla supremazia della sua erudizione.

Datosi non ostante all'esercizio pratico mentre si conquistò il favore delle classi elevate, acuì le invidie e l'odio di tutti i medici, da essere perfino, per il suo disdegnoso procedere, minacciato nella vita. Tale fu, per il suo carattere sospettoso e pauroso, lo spavento che l'incolse, da fuggirsene senz'altro a Pergamo.

Dopo poco tempo però *Marco Aurelio* lo chiamò ad Aquileja, ove Egli vi si condusse a piedi attraverso alla Tracia ed alla Macedonia, poichè avrebbe voluto lo seguisse in una spedizione militare in Germania. Ma per i suoi timori tanto se ne schermì, che lo lasciò andasse a Roma, ove ritornò talmente sospettoso che si ridusse a vivere nascosto nei palazzi imperiali, cambiando perfino spesso l'alloggio notturno.

Fu in questo tempo che diedesi a scrivere, con grande fervore, molti dei suoi numerosi trattati, onde crearsi più solida fama, tanto che venne ammesso nella Corte, e nominato Archiatra imperiale, continuando poi nell'alto ufficio successivamente, con quattro Imperatori (Marco Aurelio, Lucio Vero, Commodo e Severo) fino a credersi il vero emulo, se non superiore dello stesso *Ippocrate*, poichè questi aveva, a suo dire, soltanto aperta la via alla medicina, mentre Egli l'aveva appianata e fatta sicura.

§ III.

Onde formarsi pertanto un concetto conforme al vero dei meriti scientifici-reali di *Galeno*, credo utile di dare un rapido sguardo sopratutto alle di Lui dottrine, nell'anatomia, nella filosofia, nella diagnostica, nella medicina clinica, nella medicina legale, nella farmacologia, nella terapia.

Filosofia galenica. Seguace più di *Aristotele* che di *Platone*, sostenne la massima che: *nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu.* Opinò pure che l'anima segue il temperamento del corpo, e che essa non è nè immateriale nè immortale, nè è per se stessa un'essenza, ma intimamente legata al corpo. Però Egli riferiva tutto alla natura, che supponeva una forza insita nell'uomo stesso; una facoltà che governa il corpo con o senza la nostra volontà. In pari tempo riconobbe un Creatore, non però secondo la *Genesi*, aggiungendo al concetto spirituale, anche quello materiale.

Dottrina medica galenica. Galeno in presenza dei diversi sistemi medici fra loro in lotta, credette di possedere l'autorità incontrastata e l'ingegno superiore onde dare vita e forma ad un nuovo sistema medico mediante cognizioni più esatte sulla struttura e sulle funzioni del corpo.

Quantunque Egli lodasse le dottrine ippocratiche non le accolse mai, come ho detto, nel loro alto significato scientifico e storico, fisso nelle sue idee sistematiche, per le quali diveniva impossibile ogni libera indagine scientifica, ogni progresso reale nella medicina.

Di grande nocumento, fra gli altri, fu il suo concetto della preesistenza degli organi del corpo agli istinti, per cui si trovò condotto alla massima, che il corpo è adattato alle facoltà dell'anima, per cui ne deriva una diversità in relazione ad essa.

Mentre *Anassagora* sosteneva che l'uomo è il più saggio degli animali perchè ha le mani; *Galeno* invece, secondo *Aristotele*, oppose che l'uomo aveva le mani perchè il più saggio fra gli animali.

Il concetto moderno è pertanto anassagoniano. Del resto la parte generale dell'opera sua, che abbiamo già mentovata: *De usu praticam*, non è che un commentario delle massime aristoteliche.

Galeno avrebbe dovuto sfuggire dalla ricerca sulle cause finali che lo condussero ad errori e a non poche ingenuità se fosse stato una mente superiore.

Anatomia galenica. Come ho detto *Galeno* aveva coltivata l'anatomia in modo speciale fino dall'inizio della sua carriera, e tanto la inculcava, che la sua dottrina anatomica divenne per secoli e secoli l'*ipse dixit* di tante e tante generazioni di medici, fino al rinascimento nel quale si videro perfino i più celebri anatomici ribellarsi allo stesso *Vesalio*, che ne svelò gli errori, dimostrando che la Anatomia di *Galeno* era basata esclusivamente su quella delle scimmie e dei majali.

Egli potè valersi soltanto per la descrizione delle ossa di uno scheletro umano, avendole raccolte qua e là con grande difficoltà nei cimiteri.

Non è qui luogo di indugiarsi a rilevare i suoi numerosi errori nelle descrizioni, in particolare modo del cuore, delle arterie, delle vene, del cervello e degli organi genitali.

Fisiologia galenica. Fu questo il campo nel quale realmente si mostrò un vero innovatore, dovendosi Egli riguardare il creatore della fisiologia sperimentale, mercè la vivisezione, specie nello studio del sistema nervoso.

Fece molte esperienze, anche in pubblico, sul midollo spinale con tagli trasversali parziali e completi a diverse altezze, per dimostrare la genesi delle paralisi di moto o di senso, ovvero della morte. Del pari legando questo o quel nervo in vicinanza della radice ottenne sospensioni funzionali, come quella della vista negli animali. Sperimentando poi sul cervello delle scimmie dimostrò per il primo che la sezione della sostanza cerebrale non provoca nè dolore nè convulsioni, prodotte invece dalla compressione seguita da paralisi, o da paresi.

Però la di Lui dottrina sulla respirazione è oscura come quella delle secrezioni. Sostenne concetti erronei anche sulle funzioni del fegato e della milza, ritenendo questi due organi i centri dell'attività plastica.

In mezzo a questi e ad altri errori che ora troppo lungo sarebbe sottoporre obiettivamente ad un esame critico, risalta per altro in Lui lo spirito investigatore e sperimentatore. Anzi fa meraviglia che questo suo nuovo indirizzo non venisse poscia seguito da altri.

Patologia e clinica medica galenica. Galeno, sospinto dal dogmatismo, come dall'umorismo, avrebbe voluto condurre la medicina sopra basi filosofiche, empiriche, per cui a suo giudizio tanto lo stato di sanità, tanto quello di malattia dipendevano dal modo di comportarsi del corpo verso le azioni del mondo esteriore, che su di esso agiscono. I movimenti se vengono determinati da agenti naturali si ha la sanità, mentre se al contrario, a suo dire, avviene la malattia. Divise lo stato morboso a seconda della qualità dei movimenti; come pure distinse i sintomi in gruppi e le cause della malattia in interne ed esterne, fra le quali giudicò importanti quelle per gli errori di qualità.

Contro le dottrine ippocratiche *Galeno* interpretò erroneamente il decorso delle malattie e gli stadii di esse in *acute* o *croniche*, secondo la loro genesi, mentre avrebbe dovuto far valere il carattere sperimentale.

Nella *Patologia* se ne mostrò contrario, onde assoggettare il compito più interessante del medico al metodo di cura, sottoposto in tutto e per tutto al dominio del ragionamento sistematico, trascurando perfino i dati dell'osservazione clinica.

Perciò divise erroneamente, contro i criteri fondamentali positivi, le indicazioni terapeutiche in quattro grandi classi, anzichè secondo i criteri fondamentali dalla varia natura della malattia e dal suo stadio come dalle condizioni individuali del paziente. Una parte più razionale pei resultati dell'osservazione è la *Semiotica galenica*. I precetti *prognostici* sono pure in generale abbastanza valutati, e più estesi di quelli ippocratici.

Nella *Sfigmalogia* però cadde in pieno teoricismo immaginario, creando tante varietà di polso, quante ne giudicava opportune: il polso epatico-splinico, polmonare, pleuritico, emorragico, supporativo. Le variazioni, a suo dire, indicherebbero il genere della malattia dell'organi, e le sue modificazioni intime, come pure quelle dell'organismo.

In una parola *Galeno* come patologo e clinico si mostrò molto inferiore non solo ad *Ippocrate*, ma anche a *Celso*, ad *Areteo*, perdendosi in un mare di quisquilie inutili, in teoriche sopratutto nella diagnostica, onde fafe sfoggio di qualche caso prodigioso da Lui osservato e curato, trascurando ognora chiare ed esatte casistiche.

Chirurgia, oculistica, ostetricia, medicina, legale galenica. Rilevasi dai di lui scritti, che possedeva molte cognizioni di chirurgia, alla quale era dedicato come ho detto nei primi anni della sua carriera. Sembra che facesse anche a Roma un corso di lezioni di chirurgia, ma non è provato che la esercitasse mai, sebbene non sia da escludersi questo fatto.

Scrisse molto anche di oculistica ed il *Rider* raccolse le sparse sue osservazioni in proposito dai diversi suoi lavori.

Riguardo all'ostetricia poco si incontra nelle sue opere; però scrisse: *De forma foetus et De partu septimestri*, essendo allora l'arte ostetrica del tutto in mano delle donne.

Sulla struttura e le funzioni degli organi genitali femminili ha pure lasciato diversi scritti, spesso confusi ed anche erronei.

La *Medicina legale*, che aveva avuto fondamento nelle prime leggi igieniche romane, non fu neppure trascurata da *Galeno*, che trattò la questione delle simulazioni nel libro: *Quomodo morbum simutantes sint deeprendendi*, togliendo argomento dalle simulazioni degli schiavi.

Igiene galenica. Noterò soltanto che mentre per *Ippocrate* l'igiene fu uno dei fondamenti della medicina, invece *Galeno* la giudicò una semplice appendice.

Discusse invece a lungo per sostenere che la ginnastica si doveva riguardare un metodo terapeutico vero, travisando con sofismi i criteri fondamentali ippocratici, e con prolisse opprimenti discussioni.

Terapia e Farmacologia galenica. Galeno scrisse non pochi Libri o Trattati di materia medica e di farmacologia che hanno scarso valore scientifico, poichè quantunque se ne mostrasse un cultore fervente fu un empirico

illogico da rendere impossibile le connessioni necessarie fra la teoria e la pratica, fra il pensare e l'agire.

Non è pertanto contrario al vero il giudizio di coloro i quali ritengono che l'indirizzo terapeutico galenico, soggetto ad un dogmatismo audace, ed all'empirismo, fu assai funesto poichè predominò per secoli e secoli.

La nomenclatura dei rimedi, che scelse da tutte le Scuole come da moltissimi scrittori, fu quanto mai complessa ed estesa, da portare molta confusione. Divise in parecchie classi i medicamenti che vennero in grande parte accolte successivamente con troppa facilità dai medici, come i purgativi, gli epispastici, gli astringenti, gli emollienti, gli alexitori, gli alexifarmaci, gli anodini, i paregorici, ecc., oltre a tutti i minorativi, gli antiflogistici, gli eccitanti, ecc.

Ad esempio Egli predilegeva per le malattie dello stomaco tre medicamenti:

a) *Hiera piera ex aloe.*

b) *Diacydonicum.*

c) *Iriaca.*

La voga che acquistò il primo fu tale, che Egli ne aveva richieste da ogni parte. Era composto nel modo seguente:

Aloe 10 socc. *Dracmo* 15. *Mastice, zafferano, nardo indiano, cinamomo, corpo balsamico, arum*, un'oncia.

Miele gr. 5: per fare un elettuario molle.

Il *Diacydonium* era un elettuario a parti uguali di miele, aleto, ginepro, pepe bianco, che veniva usato con grande favore come uno stomachico.

La *triaca* poi era nota a Roma fino da *Andromaco*, il vecchio medico di Nerone, che l'aveva adottata. La formula complicatissima conteneva 60 sostanze. Venne da *Galeno* giudicata di grande potere antisettico, e consigliata spesso anche come rimedio profilattico. Anzi Egli ebbe l'onore di preparare per incarico di *Marco Aurelio* la *triaca imperiale*, ottenendo il plauso di tutta Roma, che gli fece dono di una medaglia d'oro con catena pure d'oro e con l'iscrizione: *Antoninus rom. Imper.: Galenus med. Imper.*

Divenne dessa la panacea per ogni male, e tale fu la consuetudine di usarla, che si radicò ovunque come prezioso, indispensabile rimedio, anche quotidiano, fino quasi al secolo XVIII.

In una parola il metodo terapeutico di *Galeno* non fu, come ben dice il *Puccinotti*, se non una ipotetica interpretazione dell'azione medicamentosa di una infinità di rimedi che l'empirismo Alessandrino aveva accumulato colla più imperfetta e spesso falsa esperienza.

Invece di sottoporre quindi la terapeutica ad una critica severa contro la filosofia aristotelica, e contro i metodici, gli empirici, i dogmatici, *Galeno* riportò la medicina sotto il funesto impero del *teoricismo empirico*, sistematico, fino a seguire, ora la massima *contraria contrariis curantur*, ora l'altra opposta del *similia similibus*, dimostrando così di mancare di concetti positivi contro le dottrine feconde dell'ippocratismo, confuso invece sotto un diluvio di parole.

§ IV.

Giudico opportuno fermarmi qui brevemente sul significato che devesi attribuire ai così detti *medicamenti galenici*.

In generale si intendono quei composti speciali la cui costituzione non può venire espressa in formule chimiche, dei quali ho dato tre tipi nella *Hairer piera*, nel *Diacydonicum*, nella *Triaca*.

Da *Paracelso* ebbero origine i medicamenti chimici, che fecero scomparire molte delle mescolanze complesse fin allora usate, ma ne sono sopravvissuti taluni anche oggidì, che appaiono tuttora utilissimi nella pratica quotidiana, ed altri ve ne sono stati aggiunti.

Però alcuni chimici giudicano oziosa questa distinzione, anzi la Scuola Tedesca la ripudia del tutto perchè l'azione dei rimedi galenici, dice *Schimdenberg*, non è fondata sopra una base razionale.

Però se in pratica si dovessero usare solamente quelle sostanze la cui azione sia ben nota dal lato chimico con formule, poche ne resterebbero chiaramente definite nel loro meccanismo di azione. Se la decadenza e la ruina della polifarmacia, e la penetrazione della terapia razionale scientifica hanno portato grandi restrizioni nei medicamenti galenici, non si può peraltro ammettere come vorrebbero i farmacologi tedeschi, che si debbano senz'altro bandire del tutto dalla pratica; la quale invece insegna, ad es., che nè il laudano, nè l'estratto di belladonna si possono sostituire dalla morfina, dal carbonato di calcio, ecc. Oltre ciò vi sono dei medicamenti che non sviluppano la loro azione specifica se non ad altri uniti.

Opere mediche di Galeno. Nella medicina antica *Galeno* è stato lo scrittore più fecondo. Vuolsi che scrivesse più di 500 libri di argomento medico, oltre a 150 su diverse materie (filosofia, storia, giurisprudenza, rettorica, ecc.).

Molti di essi però andarono perduti. Nel suo opuscolo *De scriptis meis*, parlando de' suoi lavori, giudicò che era necessario fossero per il loro valore conosciuti da ogni medico.

Adesso se ne posseggono soltanto 83 di autenticità sicura; 19 dubbi, e 45 apocrifi. Si conoscono ancora 80 scritti inediti di lui, che sono od estratti o frammenti.

Il più importante incunabolo degli scritti di Galeno è l'Aldina di Venezia del 1525 col testo latino a fronte del greco. Un'altra edizione venne eseguita nel 1538 a Basilea, con la prefazione dell'*Halbein*.

Il *Giunta* di Venezia pubblicò dal 1541 al 1625 9 edizioni delle opere di *Galeno* con il testo greco, ciò che significa, che le opere galeniche acquistarono nel rinascimento nuovo credito. Il *Gesner*, il *Linacre* ne pubblicarono pure nel 1562 e 1572 le versioni latine.

Fra le edizioni moderne, la migliore è quella del Kühn in 20 volumi con i due testi, e con un notevole indice, pubblicata a Lipsia dal 1821 al 1833. Non va dimenticata l'Antologia del *Daremberg* in due volumi (Parigi, 1854-88).

Nel *Corpus medicorum grecorum*, edito a Lipsia dal *Teubner*, si trovano tutti gli scritti noti di *Galeno* con i due testi. Manca però ancora uno studio critico completo sulle nuove opere scritte da *Galeno*, e sul loro reale valore.

Galenismo. Conviene stabilire cosa devesi intendere per *Galenismo*, poichè taluno con questo vocabolo comprendeva la enciclopedia medica dell'antichità costituita da *Galeno*, ovvero un sistema filosofico didattico che da un lato rappresenta il dogmatismo più esagerato e dall'altra lo sperimentalismo più azzardato.

Per altro il *Galenismo* seguendo un concetto più consono ai fatti deve intendersi la somma dei precetti della Scuola galenica, che durò tanti secoli, sovrapponendosi pur troppo all'Ippocratismo la sola vera dottrina scientifica positiva antica.

Il predominio del *Galenismo* per tanti secoli segna purtroppo il lungo triste periodo di decadenza della medicina antica che avvicinavasi alla fine, nonostante le forze conservatrici spe-ialmente di *Oribasio*, maestro già noto nella compilazione delle dottrine mediche delle quali aveva per ordine dell'Imperatore *Giuliano* scritta un'ampia enciclopedia.

Il galenismo in quei tempi di oscurantismo si infiltrò talmente nei medici che in esso videro la guida per la loro arte, per opera specialmente di *Oribasio* che ne fu il maggiore e più fortunato banditore, tanto che gli ultimi rappresentanti della medicina greco-romana si inginocchiarono come ad idolo dinanzi a *Galeno*.

I medici arabi e gli arabisti ripresero poscia il culto delle Opere di Lui che, sebbene le deformassero, ne accrebbero nelle novelle generazioni la più cieca ammirazione fino al sorgere della Scuola salernitana di origine italiana, checchè se ne dica, che riprendendo il culto della medicina greco-romana demolì in molta parte l'idolatria galenica.

Non credo di essere in errore pertanto asserendo che, nonostante i molteplici studii critici sulla opera medica galenica non se ne possegga ancora un giudizio obiettivo completo, e che quindi manchi una chiara e precisa comprensione dei veri meriti di Lui, della sua erudizione, e della sua immensa produzione scientifica e didattica.

A mio parere per giudicare quindi in modo positivo dei meriti di *Galeno*, lungi da ogni esaltazione illogica per semplice tradizione, come da critiche esagerate, o da inesatte conoscenze della vasta sua opera, credo di potere per ora concludere che non si può assolutamente neppure paragonare il genio ippocratico il vero creatore della medicina positiva, con l'opera di *Galeno*, che invece di integrarla, come avrebbe potuto, la trascurò, o malamente l'interpretò per sovrapporvi il suo sistematico dannoso riformismo.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Poliomielite anteriore acuta a forma epidemica e suo nuovo trattamento curativo.

(M. BERGAMINI, *La Clinica pediatrica*, n. 6, 1922).

Osservazioni su un'epidemia verificatasi nel 1921 nella Provincia di Mantova; l'A. applicò su vasta scala il trattamento curativo proposto dal Bordier, ottenendo buonissimi risultati. Le lesioni anatomo-patologiche nella poliomielite anteriore acuta consistono in un primo periodo in processi infiammatori, in un secondo periodo in processi distruttivi localizzati. Il *virus* poliomielitico, dall'edema generalizzato a tutto l'asse cerebro-spinale e dalla deformazione strutturale per tumefazione delle cellule gangliari anteriori, passa presto a determinare la distruzione della sostanza cromatica e della rete neurofibrillare della cellula nervosa; appena determinatasi la paralisi si manifesta nell'arto leso un'ipotermia (perdita di tonicità della fibra muscolare, abolita funzionalità, sopratutto difettosa irrorazione sanguigna per la diminuzione del lume vasale delle arterie nutritizie dei muscoli paralizzati) che per conduttività si propaga anche ai muscoli sani e compromette gravemente la nutrizione e lo sviluppo dell'arto intero. La terapia

quindi deve agire in primo luogo sul midollo, cercando di favorire il riassorbimento dell'edema flogistico e limitare direttamente o indirettamente il processo infiammatorio e distruttivo che si svolge nelle cellule ganglionari anteriori, ciò che si ottiene con la radioterapia; in secondo luogo sull'arto paralizzato, combattendone l'ipotermia per mezzo della diatermia.

La radioterapia se non è in grado di ricostruire le cellule nervose distrutte, esercita però un'azione eccitante alla riparazione su quegli elementi cellulari in cui la cromatolisi è parziale e transitoria. Bordier fa una serie di applicazioni di raggi X ogni mese sui lati del midollo nella regione lesa; ogni serie si compone di 3 sedute, eseguite in 3 giorni successivi. La zona da irradiarsi viene limitata con lamine di gomma piombifera; l'anticatode va posto a 15 cm. dalla pelle; al filtro si interpone una piastra di alluminio di 5 mm. di spessore. La direzione del fascio di raggi deve fare un angolo di 40° con la verticale. La misurazione si fa col quantitatometro di Kienbock: un quadratino di carta per fotografia è posta sulla cute irradiata, e poi paragonata alla scala di tinte graduate in unità X (Kienbock): si arriva ad una cifra che varia tra le 6-7-8 unità. L'autore ha trovato utile diminuire la dose consigliata dal Bordier, aumentando invece il numero delle sedute, affinchè la rete neurofibrillare possa reagire al massimo, senza che venga danneggiata la sostanza di Nissl sensibilissima anche a piccole dosi di raggi. È inutile prolungare la radioterapia oltre il 3° mese dall'inizio della paralisi.

Per la diatermia, è necessario che tutta la superficie dell'anticatode sia bene aderente alla cute, per non determinare delle ustioni. L'elevazione graduale della corrente deve essere lentissima, arrivando fino a 500-600 milliampères. La durata di ogni seduta è di 10 minuti; 4-5 sedute compongono un ciclo.

L'autore ritiene insufficiente questo numero di sedute consigliato da Bordier: il numero di sedute (come anche l'intensità della corrente) devono variare da caso a caso, e deve in generale essere inversamente proporzionale al tempo trascorso dalla comparsa della paralisi: molte sedute quindi nel primo ciclo, un numero medio nel secondo ciclo e poche sedute nel terzo ciclo; se però l'ipotermia resta considerevole, anche dopo il terzo ciclo è necessario insistere con la diatermia ed aumentare nuovamente il numero delle sedute. Si deve avere cura di evitare qualsiasi sbalzo di corrente, che potrebbe ledere i tessuti superficiali dell'arto paralizzato e impossibilitare così il proseguimento della cura. La cura Bordier deve essere iniziata precocemente, 10-20 giorni dopo che si è manifestata la paralisi. Si alternano i cicli di radioterapia con cicli di diatermia; l'Autore ha contemporaneamente applicato un trattamento sussidiario consistente in frizioni della colonna vertebrale in corrispondenza del rigonfiamento colpito, con unguento mercuriale, in bagni di 38°-40° della durata di 20-25 minuti aggiungendo all'acqua dei sali salso-bromo-jodati, e in massaggi applicati dal secondo ciclo della terapia in poi. L'elettroterapia costituisce la terza parte della cura Bordier: essa deve venir protratta per mesi ed anni. L'autore praticava dei cicli di 20 sedute (giornaliere), alternati con intervalli di 30-40 giorni di riposo; usava da principio la corrente sinussoidale, poi alternativamente la corrente galvanica e quella galvano-faradica; dosi basse, di 3-4 milliampères per la galvanica e durata da 15-20 minuti.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Undici nuove osservazioni di cisti idatidee suppurate trattate con chiusura senza drenaggio.

(BRUN et LANRIOL. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, anno XLIX, n. 1, pag. 35).

Gli AA. negli indigeni di Tunisia operarono dal 1919 al 1922 92 cisti di echinococco, tra le quali molte contenenti liquido purulento. A principio essi trattarono queste ultime con marsupializzazione e drenaggio; dal 1919 ne tentarono la chiusura immediata senza drenaggio. I buoni risultati ottenuti incoraggiarono a persistere e da allora tutte le cisti suppurate furono così trattate.

Le prime 4 osservazioni degli AA. furono esposte da Lecène alla Société de Chirurgie de Paris, e questi personalmente concludeva che se tale trattamento fosse adottabile nei casi nei quali la suppurazione delle cisti fosse quasi spenta, per quei casi invece nei quali la suppurazione della cisti è in una fase calda (febbre, con oscillazioni, condizioni generali gravi, pus fetido) il drenaggio si imponga. Comunque chiedeva ancora ulteriori osservazioni che Brun et Lanriol aggiungono nel numero di undici.

I risultati completi quindi sarebbero 15, tra i quali si ebbe un sol decesso (oss. IX). L'operazione con chiusura completa fu seguita da 2 recidive, trattate la prima con puntura, la seconda con marsupializzazione; ad esse seguì broncopolmonite, causa della morte.

Uno degli ammalati guariti (oss. XV), affetto da cisti di echinococco suppurata nella fos-

sa iliaca destra con aderenze intestinali, ebbe il decorso postoperatorio disturbato da fistola stercoracea che spontaneamente si chiuse. Negli altri 13 la guarigione fu sollecita.

Non in tutti i casi furono praticate le ricerche batteriologiche. Parecchie volte risultarono negative, ma in 4 casi nel pus si rinvennero il colibacillo (oss. III-V-X) e lo stafilococco (oss. VII). Degno di nota che l'unico caso seguito da morte riguardava ammalato con cisti da liquido asettico.

Già Quenu nel 1905 praticò, in una cisti suppurata, la sutura con pieno successo. Fu tentata successivamente nel fegato da Rechis nelle medesime condizioni, ma con insuccesso. L'idea imperante però fu che « in presenza di una cisti da echinococco del fegato la marsupializzazione e il drenaggio sono indicati ad esclusione di qualunque altro trattamento (Dujarier) » nonostante gli inconvenienti, da tutti riconosciuti, della marsupializzazione: colorragie intracistiche (Körte); emorragie gravi intracistiche (Terrier et Dujarier); prolungatissime suppurazioni con fistole residuali (2-3-7 anni riferiti da Lobmayer); eventrazioni al livello della cicatrice; posizione della cisti per le aderenze agli organi vicini, per la profondità non accessibili alla marsupializzazione. Nè minori sono i rischi e i danni del drenaggio. Ben difficile poi è marsupializzare cisti multiple, lontane le une dalle altre.

Di fronte a tali inconvenienti sta il vantaggio della chiusura immediata, praticata dagli AA. sistematicamente, quale che sia il numero e la posizione anatomica. I 13 ammalati sono stati dimessi dopo breve ospedalizzazione e con parete solida. Il breve decorso postoperatorio e la possibilità di recidive (Deré) imporrebbero delle riserve. Quelli nei quali il decorso operatorio si è potuto seguire furono operati in periodi varii da 3-9 mesi.

Per gli altri, essendo l'Ospedale Saditri l'unico per accettazione degli indigeni, la recidiva si può escludere con altrettanta sicurezza.

Le critiche potrebbero essere mosse dalla difficoltà di conoscere durante l'intervento se il liquido è fortemente settico o no, ciò che clinicamente non può essere suggerito da alcun sintoma.

Dopo le prime osservazioni degli AA., di Baquehaye, Hallopeau, Zwirn, questo procedimento terapeutico non presenta gravi inconvenienti. Se il liquido si riforma le condizioni dell'ammalato non sono peggiorate e può essere sufficiente una puntura della sacca come nell'oss. XV e come ha fatto Dujarier.

Del resto tale inconveniente si può verificare anche nella chiusura da cisti non suppurata, ciò nonostante in questa la chiusura immediata ormai è adottata. In questi casi non osservarono mai emorragie, colerragie, eventrazioni.

In un caso di Zwirt si ebbe flemmone della parete, non imputabile al metodo. La tecnica usata fu la seguente: Dopo laparotomia, variabile secondo la sede, puntura col trequarti nella parte più alta della sacca nella quale si inietta, formolo 1 % (indispensabile anche in liquido nettamente asettico). Successivamente evacuazione del liquido completamente; protezione minuziosa della cavità peritoneale ed incisione larga della cisti. Si pulisce ed asciuga la tasca con compresse; resezione di una parte di essa se è grande ed abbondante; sutura dei margini della ferita cistica in catgut o con punti di Connel; altro piano di sutura di sicurezza. In altri casi, se la situazione della cisti lo permette, la si può fissare alla parete secondo la tecnica di Vasi, preconizzata da Quenu.

OSS. IV. — A. S., di anni 55. Cisti idatidea suppurata della faccia inferiore del lobo destro del fegato, con sepimenti. Laparotomia laterale verticale. Lavaggio con formolo, apertura, asciugamento, chiusura a doppio strato di sutura. Sutura della parete add. in 3 piani. Guarigione per prima. Esame batteriologico del liquido positivo per rari colibacilli. Dimesso dopo 15 giorni dall'ospedale.

OSS. V. — H. L., di anni 60. Cisti idatidea suppurata del lobo destro del fegato. Condizioni generali poco buone. Anestesia locale. Laparotomia laterale. Aderenza alla parete add. Estrazione mediante trequarti di sei litri di liquido purulento. Lavaggio con soluzioni di formolo, fasciatura della sacca, detersione con compresse e chiusura con doppio strato di sutura in catgut. Sutura della parete. Decorso postoperatorio ottimo. Migliorato nelle condizioni generali esce dopo 3 mesi.

OSS. VI. — M. S., di anni 38. Cisti idatidea suppurata della faccia inf. del fegato, con numerose vescicole figlie. Si estraggono 5 litri di liquido. Lavaggio con formolo, incisione della sacca, detersione; escissione parziale; chiusura senza drenaggio con doppio strato in catgut. Sutura della ferita della parete. Guarigione per prima. Dimesso dopo 20 giorni.

OSS. VII. — H. Z., di anni 39. Cisti idatidea suppurata del lobo destro del fegato comunicante con la vescichetta biliare; contiene circa 2 litri di liquido purulento estremamente fetido, contenente delle vescicole figlie. Lavaggio con formolo, detersione. Chiusura completa, ecc. Esame batterioscopico: numerosi batterii con predominanza stafilococchi. Guarigione per primam; dimesso dopo un mese dalla operazione.

Oss. VIII. — A. S., di anni 36. Cisti idatidea suppurata del fegato. Laparotomia laterale. Piccola cisti del lobo sinistro del fegato. Evacuazione di liquido purulento. Lavaggio con formolo; detersione; sutura completa in catgut. Guarigione completa. Esce dopo 17 giorni.

Oss. IX. — D. M., di anni 50. Condizioni gegenerali estreme; viso terreo, lingua secca; polso impercepibile. Fremito idatideo. Grossa tumefazione addominale mediana. Laparotomia mediana. Voluminosa cisti da echinococco del lobo sinistro del fegato. Estrazione di liquido purulento con cisti figlie ed ammassi nerastri. Lavaggio con formolo 1 %. Detersione. Chiusura completa della sacca. Sutura della parete. Esame batteriologico negativo per la presenza di germi. Nei giorni successivi fenomeni di congestione alle basi. Dopo 12 giorni riformazione del liquido; estrazione con puntura. Riformatosi dopo qualche giorno si marsupializza successivamente. Temperatura alta (39°-40°); accentuazione dei fenomeni polmonari. Morte.

Oss. X. — M. A., di anni 32. Tinta subitterica. Condizioni generali poco buone. Laparotomia mediana: voluminosa cisti di echinococco nella parte inf. del lobo destro del fegato, raggiungente la cavità pelvica; altre cisti nel lobo sinistro che occupano l'ipocondrio e il fianco sinistro. Dalle prime si ritirano 4 litri di liquido pruriforme verdastro, fortemente corpuscolato e dalle culture si isola il coli bacillo. Da quelle di sinistra 2 litri di liquido acqua di roccia. Lavaggi con formolo, detersione con garza, sutura completa su tutte e due le sacche. Sutura della parete add. Guarigione per prima. Dimesso dopo 18 giorni.

Oss. XI. — H. H., di anni 26. Laparotomia mediana sopra-sottoombelicale. Voluminosa cisti della faccia inferiore del lobo sin. Aderenze al grande epiploon. Puntura ed estrazione di 10-12 litri di liquido purulento con numerose vescicole figlie. Lavaggio con formolo, resezione di porzione della parete cistica. Sutura completa. Guarigione.

Oss. XII. — A. A., di anni 14. Laparotomia orizzontale. Grossa cisti del lobo destro del fegato. Puntura; estrazione di 1 litro di liquido purulento (coli bacillo). Lavaggio. Detersione e chiusura completa. Guarigione.

Oss. XIII. — M. H. A., di anni 50. Laparotomia trasversale ipocondriaca destra. Grossa cisti nascosta nel fegato. Estrazione di 2 litri di liquido con membrana in disfacimento. Chiusura della sacca; drenaggio della cavità add. nella quale è caduto del liquido. Al secondo giorno il drenaggio è tolto. Guarigione. Dimesso dopo 1 mese e mezzo.

Oss. XIV. — Z. S., di anni 60. Laparotomia orizzontale laterale destra. Cisti idatidea suppurata del lobo destro del fegato, sulla faccia convessa. Estrazione di liquido purulentissimo; lavaggio con formolo. Sutura completa. Guarigione per primam. Dimesso dopo 15 giorni. L'esame batterioscopico e culturale del pus è negativo.

Oss. XV. — B. O., di anni 30. Cisti idatidea suppurata della fossa iliaca destra. Condizioni generali precarie. Temp. 39°. Laparotomia mediana. Grossa tumefazione aderente agli intestini. Pare impiantata sulla faccia posteriore del colon ascendente e che discenda nella cavità pelvica. La sacca si làcera dando esito a pus e membrane mentre si estrae con puntura del pus di odore fecaloide. Esame batteriologico del pus dà presenza di bacterium coli. Lavaggio della tasca con formolo; chiusura di essa senza drenaggio. Chiusura della cavità peritoneale; drenaggio della ferita parietale. Il drenaggio si asporta dopo 48 ore. In ottava giornata flebite della gamba sinistra. Al 15° giorno fistola stercoracea; con esplorazione successiva si riconobbe proveniente il materiale fecale dall'ultimo tratto del tenue attraverso una fistola aperta nella sacca cistica. Riapertura di questa e marsupializzazione. Dopo 3 mesi l'ammalato è dimesso guarito anche della fistola stercoracea.

JURA.

SIFILOGRAFIA.

Sifilide e matrimonio.

(R. PROSSER WHITE. *Practitioner*, novembre 1922, pag. 380).

Il problema dell'epoca nella quale un individuo che ha sofferto di sifilide può sposarsi deve essere risolto secondo l'autore in base alle nostre più recenti conoscenze sulle conseguenze di queste unioni.

L'introduzione dei nuovi rimedii è troppo recente perchè noi possiamo decidere se essi impediscono le manifestazioni tardive della sifilide con altrettanta efficacia quanta ne hanno nel combattere e nel prevenire le manifestazioni precoci. Alcuni autori giungono perfino a ritenere che questi rimedii, dando un fallace senso di sicurezza, tendono piuttosto ad aggravare i pericoli lontani, secondo Mc Donagh le recidive sono divenute nove volte più frequenti dopo l'introduzione del 606 e del 914.

L'A. crede che le probabilità di successo di una cura regolare (prendendo come segno di questo l'assenza di ulteriori manifestazioni) vadano da 90-95 % quando essa sia iniziata prima della generalizzazione del male, al 50 % quando la cura abbia principio nel periodo secondario più o meno avanzato: per divenire sempre più scarse quanto più l'inizio della cura ritarda.

Hecht scrive (nel 1921) che 3.50 gr. di neosalvarsan e 0.75 gr. di calomelano divisi in 15 dosi possono far abortire la sifilide quando sia colpita nel 1° stadio; se invece s'inizia la cura quando la Wassermann è divenuta positiva per lo stesso scopo sono necessarie due serie analoghe. In ogni modo, prima di per-

mettere il matrimonio si devono far passare 3 anni.

Molte alte autorità scientifiche propongono un periodo di attesa di 4-6-7 anni: quest'ultimo limite è stato scelto perchè si sa che dopo questo periodo la malattia passa di solito nello stadio terziario, nel quale le manifestazioni locali non sono direttamente contagiose.

A quest'attesa passiva l'A. è contrario perchè ha visto che una cura attiva arsenica e mercuriale, se non riesce sempre a debellare la malattia, impedisce sicuramente l'insorgere di manifestazioni contagiose. D'altra parte in due maniere un uomo può trasmettere la sifilide ai suoi discendenti: attraverso l'infezione della donna, o attraverso lo sperma. Ora se si accetta la tesi dell'A. che un trattamento corretto e ben regolato, arsenico-mercuriale, impedisce l'insorgere di manifestazioni contagiose, il primo modo di trasmissione è escluso: ed il matrimonio può essere permesso appena sono guarite le manifestazioni.

Quanto alla seconda maniera di trasmissione, l'infezione diretta dell'uovo da parte del padre, se è possibile, non è dimostrata: ed in ogni modo, in individui sottoposti ad energica cura antiluetica, essa appare assai problematica.

Diverso e più grave è il problema quando si riferisce alla madre. Poche sono le madri sifilitiche che hanno dei bambini sani, cioè senza manifestazioni cliniche e con Wassermann negativa: nonostante ciò, alcuni ritengono che questi bambini siano sifilitici: ed infatti in circa il 10 % di essi si sviluppa la lues tarda dopo i 6 anni. Dato ciò, Thibieroge ritiene che nessuna donna con Wassermann persistentemente positiva dovrebbe sposare. Quando tuttavia il problema del matrimonio di una donna sifilitica s'impone imperiosamente le questioni da risolvere sono parecchie: e primissima quella della presenza di manifestazioni contagiose che deve avere una risposta assolutamente negativa. Una donna sifilitica gravida, che inizii il trattamento non oltre il 5° mese di gravidanza può sperare con buon fondamento di avere un figlio clinicamente sano e con Wassermann negativa: perchè anche per la sifilide ereditaria, come per quella acquisita, la cura è tanto più efficace quanto più è precoce. Il trattamento precoce profilattico o abortivo della sifilide nelle donne gravide dà successi mirabili e nella madre e nel figlio; che i risultati ottenuti in questo ultimo siano durevoli fino ed oltre la pubertà non si può ancora affermare; ma a rafforzarli gioverà una blanda cura mercuriale praticata al bambino.

Concludendo questa sua rassegna l'A. crede che il problema delle unioni sifilitiche possa essere considerato con minore ansietà: e che, purchè la cura sia in mani esperte ed il paziente vi si assoggetti fedelmente, l'intervallo fra la manifestazione primaria ed il matrimonio possa essere considerevolmente abbreviato. Anzi, egli crede non lontano il momento nel quale il medico potrà permettere il matrimonio, se la necessità lo richieda, appena siano guarite le manifestazioni esterne contagiose.

E. SERENI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

NAEGELI. *Blutkrankheiten und Bludiagnostik*, IV ediz. (con 25 tavole a colori, 37 figure nel testo). Edito da Julius Springer, Berlin, 1923.

Il classico trattato del Naegeli esce in questa nuova edizione, notevolmente modificato dalla terza, sia come veste tipografica nitida ed elegante, che per le tavole disegnate dal nostro impareggiabile disegnatore Sarno di Napoli.

Ma sopratutto merita un'attenta lettura il testo che è notevolmente modificato dall'A. e dal suo valente aiuto dott. Alder.

Premesse 90 pagine di tecnica ematologica ed un brevissimo cenno per l'indagine delle proprietà fisico-chimiche del sangue, inizia la trattazione dei globuli rossi.

Dà una notevole importanza agli studi embriologici del mesenchima e mette in rilievo l'origine dei tessuti mesenchimali del megaloblasto e il suo carattere di specificità nell'anemia perniciosa.

Dimostra il carattere patologico del megaloblasto, elemento che mai si ritrova nel midollo normale dell'adulto, contrariamente a quanto asseriscono altri AA. e il Naegeli stesso in precedenti edizioni.

Pone pure in evidenza l'origine dell'eritroblasto dal macronormoblasto basofilo, il cui nucleo può contenere nucleoli; mentre le cellule della serie bianca originano dal primitivo mieloblasto (emocitoblasto del Ferrata).

Esistono dunque, secondo il Naegeli, differenze morfologiche fra mieloblasti ed eritroblasti linfoidi.

Riguardo ai monociti, egli ammette la loro indipendenza dalle altre specie leucocitarie: sono cellule specifiche del sangue originatesi dal midollo osseo.

Sotto il nome di plasmazellen il Naegeli riunisce tutti gli elementi a forte reazione basofila del protoplasma e con nucleo eccentrico ed a ruota, e vi comprende la plasma-cellule a tipo

linfocitario, e a tipo mieloblastico o cellule del Türk; non intende quindi con questo nome un tipo unico caratteristico, ma un gruppo cellulare ancora mal definibile.

Il Naegeli ritiene che la cellula mesenchimale embrionale, si differenzia in tre sistemi: eritropoietico, mieloide, linfoide; tre sistemi che nell'adulto sono bene differenziati ed individualizzati, e non riversibili.

Sulla leucemia ammette la genesi autoctona dei nodi mieloidi extramidollari e sottolinea l'importanza delle cellule avventiziali nella genesi dei noduli stessi; questa iperplasia mieloide e linfatica, per il Naegeli stesso, non sarebbe nè di origine infettiva, nè di origine neoplastica, ma sarebbe una alterazione di equilibrio esistente normalmente fra tessuto mieloide e tessuto linfoide; per la perdita di esso equilibrio si avrebbe la esagerata produzione di uno dei due sistemi fra loro antagonisti.

Probabilmente le anomalie funzionali delle ghiandole a secrezione interna, avrebbero una importanza nel determinare questo squilibrio nella moltiplicazione dell'uno o dell'altro tessuto.

Però nessuna alterazione anatomica di ghiandole endocrine è stata descritta finora nelle malattie del sangue di natura sistemica, quindi questa rimane, per ora, nel campo delle ipotesi.

Il trattato, degno del grande Maestro, è un libro classico nel vero senso della parola, e dovrebbe essere dai nostri editori volto in italiano, perchè fosse alla portata di tutti i medici.

GHIRON.

GIUS. BASILE. *Ricerche diagnostiche di clinica medica.* Un vol. in-8, di pag. 189, con 22 fig. in nero e a colori. — V. Idelson, Napoli, 1923. - Prezzo L. 15.

In questo libro di piccola mole vengono esposte con dettaglio tutte le ricerche che il medico pratico, anche in condotta, può eseguire con l'aiuto di un modesto strumentario. Non lusso di teorie, non arida esposizione di metodi, ma indicazione di uno o pochi metodi, tra i più pratici e sicuri, esposizione sobria dei dati teorici e clinici necessari ad indicare in ogni caso le ricerche opportune, ed alla critica dei risultati.

Libro utilissimo anche allo studente, è di comodo formato, ed ha una bella veste tipografica: è rilegato in tela e oro. Le figure e gli schemi sono di notevole aiuto per il lettore.

DORIA.

P. NOBÉCOURT e M. MAILLET. *La thérapeutique du nourrisson en clientèle.* Un vol. in 16° di 864 pag. — A. Maloine et Fils, ed. Parigi, 1923. - Prezzo fr. 25.

Dopo alcune considerazioni generali sulle malattie della prima infanzia, e sull'igiene generale, gli AA. trattano largamente l'alimentazione che in questa età ha la parte preponderante. Seguono due capitoli sulle medicazioni esterne ed interne, in cui vengono precisati al loro giusto valore i principali medicamenti che si possono usare nei poppanti, riunendo poi in un formulario quelli di uso più corrente. La seconda parte è dedicata al trattamento dei sintomi ed è di utilità incontestabile perchè in questo campo l'opera del medico deve spesso limitarsi a questo. Segue il trattamento delle affezioni e malattie, sempre preceduto da un breve riassunto dei sintomi, della diagnosi, dell'etiologia; con particolare ampiezza sono trattate le malattie più comuni, delle vie digerenti, respiratorie, della nutrizione, ecc. Un capitolo a parte è destinato alle malattie della pelle.

Questo libro chiaro, semplice e preciso, appoggiato ad una solida base scientifica e ad una severa documentazione è reso realmente pratico per il piano con cui è stato concepito e lo spirito che lo anima. Esso sarà assai utile al medico che vi troverà utili insegnamenti nell'arte delicata di allevare e di curare i piccoli bambini che esigono tutte le nostre cure e la nostra attenzione.

fil.

J. VIGNOLI. *Manuel d'embryologie humaine.* A. Maloine et fils, éd. Paris, 1923. Prix. Fr. 8.

Il capitolo dell'embriologia umana costituisce spesso ragione di disagio per gli studenti e per i medici, perchè esso è conglobato con l'astrusa materia dell'embriologia generale. Un manualetto breve e chiaro è stato sempre un desiderato; l'A. vuol colmare la lacuna accontentando il desiderio dello studente con una breve trattazione ricca di figure dimostrative, chiaro nel testo, senza deviazioni dal compito impostosi.

Lo studio della fecondazione fino alla differenziazione dell'embrione e degli annessi, lo studio degli annessi, dei principali organi nel feto, lo studio del feto a termine sono i quattro capitoli nei quali è divisa la materia di questo libro che troverà facile ed utile accoglienza tra i nostri medici e studenti.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Seduta del 15 luglio 1923.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Attacchi di tachicardia parossistica auricolare arrestati volontariamente dal paziente. Studio elettrocardiografico (con dimostrazione).

Prof. PACE DOMENICO (S. A.). — L'O. presenta un uomo di 53 anni, con tara neuropatica, immune da sifilide, con nessuna alterazione cardiaca, il quale soffre da 10 anni di tachicardia parossistica ed ha da sè imparato, da quattro anni a questa parte, ad arrestare il cuore in corsa, facendo una profonda inspirazione, mantenendo così il respiro e talora anche flettendo fortemente il tronco.

La registrazione elettrica dell'accesso, dell'inizio e della fine dell'accesso, e sia nell'arresto spontaneo che nell'arresto volontario dell'accesso, fa rilevare la presenza di un ritmo nuovo, etero-tipico, prima sopranodale e poi nodale. Sia l'insorgenza che la fine dell'attacco è segnata da una extrasistole auricolare. La fine dell'attacco si aveva con battiti lenti sicuramente di origine vagale.

L'O. discute diligentemente, ma con molta riserva, il meccanismo patogenetico dell'inizio dell'attacco tachicardiaco, sia per conto del simpatico, sia per conto del vago, sia per una qualsiasi partecipazione del miocardio.

Nel caso presente l'O. trova elementi clinici ed elettrografici che accennano ad un particolare contegno dei due vaghi.

Studi clinici per la maggior conoscenza e per il miglior regime degli stati di agitazione psicomotoria *nelle nevrosi e psicosi.*

Prof. ROMANO ANACLETO (S. A.). — L'O. considerando che siffatto argomento era d'importanza eccezionale sia per l'alienistica, sia per la clinica generale, e considerando che esso era tenuto abbastanza negletto sopratutto per la semiologia e per la terapia, la quale in ultima analisi si riduce, nell'ora presente, alla necessità o non della contenzione meccanica, e quindi all'antico conflitto del *restraint, no-restraint,* a due sistemi reciprocamente dai molti inconvenienti, per quanto con ogni previdenza attuati, ha creduto di fare una revisione dell'argomento medesimo dai punti di vista semiologico e terapeutico.

E se ha trovato ben poco nella letteratura, ha trovato invece in lunghi anni di esercizio alienistico una folla di casi di agitazione psico-motoria, varii per forma e gradazione e per varietà delle nevrosi e psicosi nelle quali intercorrevano: ha potuto determinare e classificare queste varie forme di agitazione, le quali se non sono ancora parossismi convulsivi, sono dei veri *ictus* dipendenti da cause diverse, ma raggruppabili, sotto una medesima teoria, quella cioè del disturbo della carica energetica.

A proposito dei moderni clinici fautori del neoconollysmo, ricorda le storiche polemiche del *restaint e no-restaint,* quistione importantissima dal punto di vista del governo generale della pazzia individuale e collettivata, ma che non risolve il problema della semiologia e della terapia diretta degli stati di agitazione psico-motoria; per certe forme dei quali egli trova efficace la terapia piretica e la terapia proteinica, nonchè la figliazione di questa recentemente denominata terapia flogistica, la quale con la moderazione degli stati di agitazione può riuscire efficace addirittura per la risoluzione dell'affezione fondamentale, e riuscendo certamente efficace per la scomparsa dell'agitazione, può rendere così, sino a un certo punto, inutile ogni quistione di contenzione meccanica.

Prof. GIOVANNI DE ANGELIS. — *Sopra un corinebatterio piogeno.*

Sopra un vibrione colerasimile patogeno isolato da un'acqua termale.

Dott. GUGLIELMO ASCIONE. — Il vibrione isolato dall'acqua di un pozzo in Casamicciola, simile al vibrione del colera per i caratteri microscopici e culturali, per il comportamento verso gli idrati di carbonio, produce abbondante indolo nelle colture in brodo ed in acqua peptonata ed è patogeno, come il vibrione di Koch, per la cavia ed il coniglio.

L'azione patogena e la mancata produzione di emolisine lo differenziano dalla gran parte dei vibrioni colerasimili descritti.

Non è agglutinato dal siero anticolerico, anche dopo ripetuti passaggi sull'agar e nel peritoneo delle cavie.

Per differenziarlo dal vibrione del colera fu necessario ricorrere alla prova dell'agglutinazione crociata.

L'O. ritiene che l'agglutinazione crociata è una prova decisiva per la differenziazione dei colerasimili dal colera, per quanto non attuabile nella pratica della diagnosi batteriologica, per il tempo che richiede.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 9 luglio 1923.

Presidenza: prof. F. AOSTI, vice-presidente.

Nuovi contributi allo studio del problema delle Vitamine: Eutonine e crescenza.

PUGLIESE A. e LOCATELLI. — Gli OO. recano nuovi contributi allo studio del problema delle vitamine, da Pugliese chiamate *eutonine,* ed a proposito dell'importante problema dei rapporti che corrono fra queste sostanze ed il fenomeno della crescenza, illustrano una esperienza fatta su pulcini durata sette mesi. Gli OO. hanno osservato che dai semi di riso non germinati si può ottenere un estratto ricco di eutonine, o se si vuole usare un

termine più corrente, in vitamina B., il quale favorisce in alto grado la crescita in peso dei galletti e lo sviluppo precoce e intenso dei caratteri sessuali primari e secondari, ed inoltre uno sviluppo notevole delle tiroidi e surrenali. Di più, per effetto di questi estratti, le ossa formano più sostanza organica e fissano più calce e fosforo; donde le applicazioni di ordine pratico per la prevenzione e la cura della rachitide.

Eutonine e funzione sessuale.

PUGLIESE A. — L'O., in seguito ai risultati ottenuti col dott. Locatelli nei galletti, ha somministrato l'estratto a topi bianchi stravecchi, ed ha trovato che questi non solo migliorarono notevolmente nelle condizioni generali e nel peso corporeo, divennero più vispi, e il pelo, che era opaco, arruffato, si fece lucido, ma che *i testicoli si ingrossarono e ricomparve il desiderio della femmina, che restò gravida.*

Data la straordinarietà e l'importanza del risultato, l'O. non osa ancora trarne una conclusione definitiva, ritenendo ancora troppo ristretto il numero delle esperienze eseguite.

Contributo clinico ed istologico alla tubercolosi intestinale stenosante.

CERESOLI A. — Dopo aver illustrato alcuni casi di tubercolosi intestinale stenosante, in base ai dati clinici ed al reperto istologico, conclude che la denominazione di forme diverse di tubercolosi intestinale è ingiustificata, non rappresentando queste che stadii diversi e successivi di un unico processo. I diversi aspetti con cui si presenta la tubercolosi dell'intestino sono dovuti specialmente alla sede: nelle sezioni tenui dell'intestino ove il lume è ristretto, prevalgono le forme ulcero-caseose ed ulcero-cicatriziali che nella maggior parte dei casi non sono suscettibili di ulteriori trasformazioni, sopraggiungendo prima il fattore stenosante che determina o la morte del paziente o l'intervento operatorio; nelle sezioni grosse dell'intestino invece (cieco, colon e retto) prevalgono le forme ipertrofico-produttive le quali, anche quando traggono origine da ulcerazioni primitive, per l'ampiezza del lume intestinale non portano alla stenosi che dopo una neoformazione infiammatoria quasi sempre voluminosa.

Osservazioni sopra alcuni casi di encef. letargica.

GENNARI C. — L'O. riferisce sopra casi da lui osservati, di manifestazioni postencefaliche, forme di Parkinsonismo, e forme sopratutto di adinamia e di esaurimento con rialzi termici, e cefalea, susseguenti ad encefalite anche lieve, datanti da uno e più anni. In questi casi riscontrò sempre il liquido cefalo-rachidiano in forte pressione, con caratteri di alterazioni leggere. Le punture lombari ripetute determinarono sempre un notevole miglioramento dei sintomi, colla sottrazione di 20-30 cmc. di liquor. Le cure concomitanti a base di collargolo, proteina, talora cura alla Baccelli, valsero a portare a guarigione parecchi degli ammalati.

A. CERESOLI.

"Ars Medica,,

San Paolo del Brasile.

(Presidente: prof. BOVERO).

Nel salone dell'Ospedale Umberto I, animatissima ed interessante riuscì la prima riunione dell'« Ars Medica », riunione che ha segnato una pagina significativa della nostra vita coloniale ed una bella affermazione della nostra Classe Medica. La aspirazione dei nostri medici è divenuta realtà: essi hanno oggi una organizzazione scientifica che permetterà loro di seguire i progressi della medicina moderna e di usufruire dei vantaggi del loro affiatamento culturale.

Coll'intervento del Regio Console Generale comm. Dolfini è stata aperta la seduta.

Erano presenti il prof. Lindenberg, direttore della Facoltà di Medicina di S. Paolo; il prof. Pinheiro Cintra, presidente della Società di Medicina, i quali, invitati, presero posto ai lati del presidente; il prof. Sergio Meira Filho, dott. Luciano Gualberto, dott. Treketoff anatomo patologico dell'Ospizio di Juquery, dott. A. Pacheco e Silva, direttore dell'Ospizio di Juquery, prof. Almeida Prado, prof. Cantidio de Moura Campos, prof. Paula Santos, prof. Bertarelli, dott. Walter Seng, prof. Briquet. Il prof. Ovidio Pires de Campos inviò una cordiale lettera di adesione e di augurio alla nuova Associazione.

Erano anche presenti il prof. Bovero, dott. Mauro, prof. Guarneri, dott. Spera, dott. De Mattia, prof. Splendore, dott. cav. uff. Carlo Comenale, dott. Priore, dott. cav. Bifano, direttore dell'Ospedale, dott. De Lucia, dott. Farano, dott. Ferrante, prof. Recalde, prof. Tramonti, dott. Bellizzi, dott. Guglielmo, dott. Define, dott. Tipaldi, dott. Manera, dott. P. Raia, dott. Orsolini, dott. Rondino, prof. Carini, dott. Fioravanti, dott. Costabile Comenale, dott. Peggion, dott. Pessolano, dott. Salvatore Pepi, dott. Tosi, dott. Buscaglia, dott. Gaetano Comenale, dott. Ferreira, dott. Saverio Mastrangioli, dott. F. Mastrangioli, prof. Donati, prof. Manginelli.

Scusarono la loro assenza il dott. Gatti e dott. De Toffoli di Campinas, il dott. Aufiero di Araraquara e il prof. Raja.

Intervennero pure il prof. Magnocavallo, il comm. Nicola Puglisi Carbone, il sig. Arturo Odescalchi, ing. Dante Isoldi, dott. Mario Arena e avv. Sola.

Il presidente prof. BOVERO apre la seduta e comincia col ringraziare tutti gli intervenuti e in special modo il prof. LINDENBERG che così degnamente rappresenta la Facoltà di Medicina di San Paolo; ringrazia il prof. PINHEIRO CINTRA che rappresenta la Società di Medicina e Chirurgia, Società che così elevato impulso ha saputo dare agli studi medici in S. Paolo. E ringrazia il Regio Console rappresentante del nostro Paese rievocando con alata parola i ricordi delle vecchie e gloriose università italiane, vivaio fecondo che seminò di nomi gloriosi la storia delle scienze italiane. Accenna agli scopi della nuova associazione, e dice che essa è aperta a tutti non perseguendo finalità politiche o nazionaliste.

Prende la parola il prof. LINDENBERG per ringraziare dell'invito ricevuto dicendosi doppiamente lieto nel vedere sorgere una Società che aggiungerà vanto alla medicina paolistana e nel vedere a capo di questa Società uno scienziato quale il prof. BOVERO.

Il prof. PINHEIRO CINTRA ringrazia anche egli dell'atto di cortesia e di camaratismo che l'« Ars Medica » ha inteso di compiere verso la Società di Medicina e dice che il sorgere della nuova società dimostra il progresso raggiunto dalle Scienze mediche in S. Paolo.

Sopra un caso di ittero emolitico.

Prof. DONATI. — Espone il quadro clinico della forma congenita ed acquisita della malattia e le alterazioni del sangue: si sofferma sopratutto sulla questione della genesi dell'itterizia in questa forma morbosa, esplicando la formazione extraepatica della bilirubina.

Fa rilevare il valore clinico della ricerca della bilirubina del sangue per stabilire la natura dell'ittero e la funzionalità epatica.

Le ricerche eseguite nel caso presentato, caso congenito, dimostrano la formazione di bilirubina nell'apparato reticolo endoteliale della milza, confermando i recenti risultati di Hijmans v. de Bergh, di Nägeli e Kaguellson, unici sin'ora nella letteratura.

La splenectomia fu eseguita brillantemente dal dott. Mauro. Lo studio del sangue dimostrò un progressivo miglioramento: aumento dei globuli rossi, aumento dell'emoglobina, scomparsa di globuli rossi patologici giovanili: diminuzione della bilirubina del sangue fino a raggiungere cifre normali; la resistenza globulare rimase pressochè immutata.

L'esito della splenectomia fu dei più lusinghieri e l'ammalata si può considerare oggi come guarita.

Prende la parola il prof. MANGINELLI ricordando come nella malata in parola cercò di ottenere delle crisi emoclasiche per mezzo della proteinoterapia aspecifica. Conferma la guarigione assoluta avveratasi dopo la splenectomia.

Patogenesi del fecaloma sigmoideo e del prolasso del retto.

Prof. RECALDE. — Descritta l'anatomia e istologia del colon pelvico e del retto, studia la critica del meccanismo invocato da Ludloff per il prolasso.

Descrive il processo che conduce al fecaloma per la formazione di una valvola. Esamina, dopo, l'invaginazione rettale che s'inizia pure a livello dello sfintere di O'Beirne, e che conduce al prolasso del retto, nei casi d'indebolimento dei sostegni naturali del retto e del diaframma pelvico, per effetto del bolo fecale indurito spinto dalle contrazioni dell'ansa omega e dalla pressione addominale.

Passa quindi in rivista i diversi processi di sospensione del colon per la via addominale e descrive la tecnica operatoria di un nuovo processo che fissa il colon pelvico alla parete posteriore dell'utero, organo fissato pure alla parete addominale.

Per ultimo descrive l'esito ottenuto in due casi operati da lui nell'ospedale del Braz.

Il dott. LUCIANO GUALBERTO prende la parola sull'argomento facendo alcune considerazioni sulla necessità di un buono stato di rigidezza dei legamenti rotondi perchè il processo di Recalde possa essere applicato con successo.

Morbo di Flajani-Basedow acuto.

Prof. MANGINELLI: presenta una malata; ne fa la storia clinica e riferisce dettagliatamente sulla terapia praticata e sui risultati ottenuti. Quindi si dilunga a parlare della etiologia e della patogenesi del quadro morboso; fa rilevare come le due teorie che oggi tengono il campo sono la teoria nervosa e la teoria endocrinica che vuole come base un'alterata o aumentata secrezione tiroidea. Egli ritiene che per spiegare la sintomatologia del morbo di Basedow sia indispensabile associare i due fattori, mentre la mancanza di uno di essi può dar luogo allo sviluppo di una sindrome nervoso-vegetativa, o di una sindrome di ipertiroidismo, non mai di una malattia di Basedow. Con questa concezione mentre meglio si spiegano alcuni rilievi altrimenti inconciliabili, d'altro lato più ragionale appare la condotta del trattamento, potendosi da un canto agire sulla tiroide con cure mediche, colla radioterapia, colla resezione chirurgica, e dall'altro potendosi agire sul simpatico o con interventi chirurgici o meglio con cure elettriche.

Il prof. PINHEIRO CINTRA prende la parola sulla relazione del prof. MANGINELLI lodandone il contenuto ed aggiungendo alcune osservazioni sull'azione protettiva dei sali di calcio sugli stati ipertiroidei.

Il prof. BOVERO ricorda a proposito le esperienze di TERNI ed altri sui girini nutriti con tiroide e sottomessi all'azione o no dei sali di calcio. Il prof. DONATI ricorda come negli stati di ipertiroidismo si abbia un'alterazione nello stato colloidale del siero in rapporto con la scarsezza di calciô. Il prof. TRAMONTI ricorda casi di Basedow con associazione di sintomi addisoniani; si confessa partigiano della teoria distiroidea; e si dilunga a parlare sulle esatte indicazioni di elettroterapia nel morbo di Flajani-Basedow. Anche il dott. MAURO interviene nella discussione accennando alla frequenza delle correlazioni ghiandolari e si estende alquanto sulla terapia chirurgica.

Radioterapia nella tigna

Dott. PRIORE. — Ricorda i metodi classici di depilazione e le modificazioni da lui apportate: descrive brevemente i numerosi casi da lui curati con esito lusinghiero e con la completa guarigione.

Il prof. LINDENBERG rileva che i casi di tigna tra noi sono causati più dai microsporidi d'origine animale — microsporum lanosum — che dal microsporum umano. — microsporum Audonini — più frequente in Europa. Si congratula per gli esiti ottenuti dall'oratore.

T. E.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

VIE RESPIRATORIE.

Osservazioni sul " catarro apicale ".

Il termine « catarro apicale », osserva A. Winkler (*Med. Klinik*, n. 27, 1923), termine comunemente usato per la tubercolosi apicale e polmonare, raggruppa quadri morbosi clinicamente eguali ma etiologicamente diversi a carico degli apici polmonari. Usando questo termine non si considera affatto nè la qualità, nè l'estensione della lesione; il termine « catarro apicale » può designare tutt'al più un reperto obbiettivo locale, non può però in nessun caso assurgere al valore di una designazione di malattia o di diagnosi. In tutti i casi di lesione apicale è necessario anzitutto procedere ad un'esatta diagnosi differenziale; se questa induce alla dimostrazione della natura tubercolare dell'affezione, si deve parlare di tubercolosi apicale o di tubercolosi polmonare. Il termine « catarro apicale » dovrebbe venir bandito dal linguaggio medico tanto più in quanto esso non si trova nei più comuni testi medici. Il designare la lesione specifica dell'apice col suo vero nome ha un'importanza anche sociale: anzichè ingannare ed illudere il malato con un termine diagnostico privo di significato è opportuno renderlo conscio della vera essenza del male onde è affetto, onde possa curarsi con serietà e per lungo tempo, e possa adottare le misure precauzionali necessarie ad impedire la diffusione dell'infezione ad altri.

POLLITZER.

Le adenopatie tracheo-bronchiali della seconda infanzia.

Bernard e Vitry, sulla scorta di numerose e ripetute osservazioni cliniche e radiologiche fatte su 400 bambini, mettono in guardia contro la possibile fallacia dei segni steto-acustici e radiologici che finora sono serviti di base per la diagnosi di adenopatie tracheo-bronchiali, e contro la tendenza a ritenere che queste adenopatie siano tutte di natura tubercolare.

La modificazione della percussione in avanti, sullo sterno; il respiro soffiante specie negli spazi interscapolo-vertebrali; i segni di d'Espine, d'Ollsnitz e di Smith, raramente si incontrano al completo; spesso sono incostanti; spesso non vi è corrispondenza fra la storia clinica del bambino e la loro eventuale presenza o mancanza. Parimenti incostanti sono le relazioni fra i segni stetoscopici classici ed i segni radiologici.

Le ombre radiologiche delle regioni ilari e perilari vanno lette con prudenza: esistono costantemente anche in soggetti sani: se sono nettamente voluminose e multiple, o se occupano lo spazio chiaro mediano si può affermare uno stato patologico: in caso contrario la diagnosi radiologica di adenopatia tracheobronchiale non ha valore di certezza.

Circa la natura di queste adenopatie, bisogna essere molto riservati e non crederle sempre equivalenti di tubercolosi. Il 30 % possono non essere tubercolari. Solo la cutireazione positiva può confermare la natura tubercolare di una adenopatia sul bambino, o almeno bisogna essere disposti a scartare questa diagnosi etiologica davanti ad una cutireazione negativa. (*Bullettin de l'Académie de Médecine*, n. 28, seduta 10 luglio 1923). Il Marfan interviene nella discussione e conferma che il valore dei segni acustici e radiologici è molto relativo, che adenopatia tracheo-bronchiale radiologica non significa tubercolosi dei gangli bronchiali, e che la cutireazione positiva o negativa dà il giusto valore alle osservazioni cliniche e radiologiche.

PERSIA.

Embolismo polmonare consecutivo ad operazioni addominali.

Si ammette oggi che l'embolismo polmonare consecutivo ad operazioni addominali è più frequente di quanto si riteneva un tempo e che esso spieghi la maggior parte delle morti che si credevano dovute a gangrena, pneumonite, pleurite. Fra i 25 casi di complicazioni polmonari postoperatorie osservati su 1600 operazioni ginecologiche, in 11 si trattava di embolismi. Questi si dividono in grandi, con mortalità del 90 %, medî con mortalità del 15-20 %, e piccoli, generalmente non mortali.

L'infarto si manifesta alla prima o seconda settimana, annunziato da una febbre vesperale e prodotto, a quanto sembra da un movimento brusco; i segni fisici sono netti il primo giorno e si accentuano il secondo, l'emottisi è incostante, la dispnea esige forti dosi di morfina; in seguito i sintomi si attenuano. Fra i segni fisici si attribuisce importanza allo sfregamento, alla ottusità, ai rantoli mucosi, ai rumori aortici respiratorî; si può avere associata la trombo-flebite femorale. La mortalità varia dal 15 al 20 %; ogni causa che ostacoli la circolazione, stasi o congestione polmonare, favorisce la sua produzione ed aumenta la sua gravità (R. Wharton e J.

W. Rierson; *Journ. Amer. med. Ass.*, 18 gennaio 1923).

L'esame radiologico, da praticarsi con un apparecchio portatile, rivela: diminuzione di chiarezza dell'angolo costo-diaframmatico, una macchia a margini netti, estesa, non però in corrispondenza di un intero lobo, opaca, ma in minor grado che nella polmonite; dal quarto al sesto giorno si osservano frangie di inspessimento pleurale che formano un reticolo; queste lesioni durano anche dei mesi, ma finiscono per scomparire. *fil.*

Sulla cura dell'emoptoe.

Bang, in base anche a le ricerche dello Tigerstedt, sostenne che l'ampiamento delle escursioni respiratorie sotto la influenza dei movimenti non aveva alcun effetto sulla emorragia, che invece poteva accentuarsi con la tosse: nè i movimenti rialzano la pressione sanguigna al punto da farne temere pericolose conseguenze sulla emorragia. È perciò che Bang, messo da parte il riposo tradizionale cui si condannano gli emoptoici, permetteva ad essi quei movimenti che non li sovraffaticassero. Da respingere sono poi le bende, i sacchetti di sabbia e gli altri mezzi direttamente limitanti le escursioni toraciche. Inefficaci risultano i derivativi diretti a scaricare il circolo polmonare. Secondo l'A. anche la vescica di ghiaccio od il ghiaccio per bocca hanno una ipotetica e magari dannosa azione.

Il punto primo della attuale terapia deve essere quello di attivare la coagulazione: la moderna fisiologia sulla coagulazione del sangue (una distribuzione artificiale del sangue si risolve in una accelerazione del processo di coagulazione. ci spiega i risultati buoni che fin da Ippocrate si ottenevano con l'applicazione di lacci agli arti: i recenti emostatici sul tipo della segala cornuta e dei preparati ipofisari, utili in ostetricia, non trovano nell'emoptoe un utile impiego.

Un mezzo dei più efficaci è rappresentato (H. Horalch: *Mediz. Klin.*, 1923, n. 5) dalle trasfusioni endovenose di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio. Il cloruro di sodio ed anche il bromuro sono stati adoperati utilmente per via orale; spesso sono mal tollerati dallo stomaco. Efficacia limitata avrebbe, secondo l'esperienza dell'A., il cloruro di calcio da solo; maggiore ne avrebbe se accompagnato dal cloruro di sodio. La gelatina ha un'azione molto attiva e di lunga durata, ma essa non si stabilisce che a distanza di 6-8 ore: da ricordare, per la asepsi, che la gelatina è un ottimo terreno di cultura per i germi. Molti AA. constatarono risultati buoni con i sieri più svariati. Alla tubercolina si attribuiscono proprietà utili per emorragie non acute (proprietà ipotensive, ecc.). L'emoptoe si accentua per la stasi del piccolo circolo, onde l'utilità della sua attivazione con canfora digitale (Windrath trova utile la formula: Na Cl 10 % cc. 5; Cloruro di calcio gr. 0.2; Digalen gr. 0.1 per iniezione endovenosa; si può ripetere più volte nella giornata e per vari giorni, fino a sei). Nell'uso degli oppiacei molta prudenza per evitare, con la soppressione completa della tosse, complicazioni più temibili, come polmoniti da aspirazione. MONTELEONE.

Trattamento preventivo delle emottisi mestruali.

J. Destefano (*La Semana Médica*, A. XXX, n. 2) osserva che nelle donne tubercolotiche, il sangue, poichè la naturale via dei genitali è particolarmente attaccata dalle tossine tubercolari, può scegliere come punto di uscita sussidiario la via polmonare già lesa dalle localizzazioni specifiche. E si hanno così emottisi premestruali, mestruali o postmestruali, varie per quantità da scarsi sputi emorragici a 500 e più cc. di sangue, accompagnate o no a dolori toracici, congestione polmonare e febbre. Vanno combattute principalmente perchè questi fenomeni di congestione attivano sempre più il processo tubercolare. Il Destefano ottiene ottimi risultati (scomparsa delle emottisi, restando normali il ciclo e la durata delle mestruazioni) con le iniezioni preventive endovenose di 1/2, o di una fiala di estratto post-epifisario diluita in 10 cc. di soluzione fisiologica. Si cominciano 10 giorni prima del presunto inizio della mestruazione; si ripetono ogni 2 giorni, e si sospendono all'inizio del flusso mestruale. PERSIA.

Contributo allo studio degli ispessimenti pleurici ispessimenti interlobari e ispessimenti calcificati.

Come osserva V. Maragliano (*La Radiologia Medica*, n. 3, marzo 1923) dalla prima descrizione degli ispessimenti interlobari data dal Béclère e dalla geniale interpretazione del meccanismo di produzione delle loro ombre che egli ne diede, ben poco si aggiunse a questo capitolo della radiologia. Alla descrizione degli ispessimenti delle grandi scissure si aggiunse quella della scissura media di destra che è la sede degli ispessimenti interlobari: si tratta di ombre lineari fini, delle volte filiformi situate all'altezza della 3ª-4ª costa anter. e posteriormente della 6ª-7ª che, nette in posizione sagittale e visibili in generale anche in quella laterolaterale si disegnano colla maggior evidenza quando il fascio luminoso è al loro livello. Vi è qualche discrepanza per l'altezza

della scissura media destra, ma pare che al 4° spazio corrisponda anatomicamente benchè sia da tener conto di variazioni individuali e del fatto che i rapporti sul cadavere possono essere alterati. Ma in complesso lo studio degli ispessimenti interlobari del solco medio di destra sono bene studiati, mentre non si può dire altrettanto degli ispessimenti delle grandi scissure.

Per queste si tratta di ombre nastriformi che partono dall'ilo polmonare e si dirigono obliquamente in alto e verso l'esterno ad altezze variabili. Caratteristico è il fatto che in proiezioni anter. inalzando l'ampolla esse si addensano mentre sfumano abbassando l'ampolla viceversa in posizione dorsale. Ma quando si cominciano a paragonare i dati radiologici ed anatomici cominciano le difficoltà: intanto è difficile ammettere che la visibilità dipenda da una proiezione a coltello possibile per la scissura media e inoltre se ci riferiamo alla classica immagine del Béclère si vede che la immagine di coltello dello ispessimento che dovrebbe trovarsi nella figura laterolaterale poco al disopra del diaframma si trova invece nella proiez. poster. ant. a metà del campo toracico. Noi non possiamo figurarci l'ispessimento come lamine fibrose collocate a piatto e dobbiamo pensare che le figure che si interpretano radiologicamente come appartenenti alla grande scissura appartengano a formazioni circoscritte e a tratti di essa onde possono vedersi a qualunque altezza. In ogni caso queste strie devono seguire la legge di Béclère cioè rendersi più evidenti quando il raggio luminoso segue il decorso dell'interlobo: quando ciò non avviene le strie vanno interpretate come strie endopolmonari che seguono un grosso bronco. Il pneumotorace può mettere in evidenza degli ispessimenti insospettati e qualche volta si può vedere il polmone a elica di aeroplano accartocciato su una lamina fibrosa. Alcune volte gli ispessimenti vicini alla parete possono seguire le escursioni respiratorie toraciche, e precisamente mentre la parte centrale segue i movimenti diaframmatici sul tratto periferico invece segue il movimento costale.

MILANI E.

Prognosi e cura del pneumotorace spontaneo.

L. Spengler (*Schweiz. med. Woch.* e *Med. Review*, giugno 1923) ritiene erronea l'opinione di Rühle, secondo cui la guarigione di un tubercolotico con pneumotorace spontaneo è un fatto eccezionale. Dei 25 casi di pneumotorace spontaneo in tubercolotici che l'A. ha potuto seguire, 21 morirono; alcuni in 2-7 giorni, altri in periodi variabili da due settimane a due anni, ma 16, ossia il 38 %, guarirono e 10 fra questi raggiunsero anche la guarigione del processo tubercolare.

Per quanto riguarda il trattamento, si deve anzitutto ottenere la chiusura della breccia polmonare, ciò che è facilitato dalla formazione di abbondante essudato che dà depositi di fibrina; se l'essudato è troppo copioso e disturba il paziente, se ne aspirerà una parte, sostituendola poi con gas. Allo scopo poi di evitare che attraverso il foro determinato dall'ago possa sfuggire del gas o del liquido, prima di estrarre l'ago stesso, si introdurrà un poco di tintura di jodio o di jodoformio sciolto in olio.

fil.

IGIENE.

Un nuovo modello di tiralatte.

L'uso del tiralatte nella pratica pediatrica può essere in certi casi un aiuto prezioso, purchè risponda a determinati criterî; esso è indispensabile quando esistano ragadi ai capezzoli, quando si tratti di bambini che, per immaturità o per debolezza congenita, non siano capaci di movimenti di suzione attivi ed efficaci. Talvolta il bambino, per malattia od altro, può rifiutare il seno, tal'altra i capezzoli scarsamente sviluppati o piatti o rientranti rendono impossibile che il bambino vi si attacchi. In altri casi si presenta la necessità di somministrare latte di donna ad un bambino eredoluetico, privato del seno materno, oppure la madre non può allattare direttamente, perchè affetta da malattia infettiva; talvolta poi le madri di classi povere che si recano al lavoro durante la giornata potrebbero estrarsi una certa quantità di latte sufficiente per un pasto del bambino, ed evitare così i pericoli dell'allattamento artificiale.

I varî modelli di tiralatte, attualmente in commercio, non rispondono al largo uso che se ne potrebbe fare, perchè non riescono a togliere che una scarsa quantità di latte, il quale deve poi essere travasato per essere consumato dal bambino, ciò che porta con sè pericoli di inquinamento. C. Cocchi (*Rivista di Clinica Pediatrica*, 1923, n. 6) propone un nuovo modello di tiralatte in cui sono eliminati gli inconvenienti accennati. Esso è costruito tutto in vetro ed è costituito da un ampio padiglione circolare che si applica sulla mammella e si continua con un tubo del diametro di 20-22 mm., che presenta in seguito uno strozzamento per allargarsi nuovamente e terminare, dopo 5-6 cm. in un cul di

sacco da cui partono, in direzioni opposte due tubicini del diametro di 5-6 mm. Ad uno di questi tubicini, si applica un tubo di gomma attraverso cui si fa il vuoto, per mezzo della aspirazione fatta con la bocca dell'operatore o della stessa nutrice; l'altro tubicino si introduce nel foro di un tappo di gomma che chiude una comune bottiglia per allattamento artificiale. In seguito all'aspirazione, il capezzolo e parte della mammella vengono attratti nel tubo ed il capezzolo può oltrepassare lo strozzamento ed adattarsi alle pareti del tubo che si allargano; poi, tenendo chiusa l'apertura del tubo di aspirazione, si esercita con la mano una trazione di tutto l'apparecchio, sicchè la pressione negativa nello apparecchio stesso aumenta, il capezzolo si retrae e si comprime; continuando alternativamente queste manovre, si viene ad estrarre una quantità di latte notevole (50-100 gr.). Alla fine, si estrae l'apparecchio dal tappo di gomma che poi si occlude con una apposita bacchettina di vetro. Con l'estrazione nella stessa boccetta che serve poi per l'allattamento si vengono ad evitare i pericoli di inquinamento e di infezione dovuti ai travasamenti. L'apparecchio può venire agevolmente sterilizzato con la bollitura. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 9334, A. T.:

Confronti il volume XXIX (*Physiothérapie*) della collezione Sergent-Ribadeau della casa Maloine, in cui è trattata ampiamente la fototerapia, o il volume di Nogrer (*Electrothérapie, Fotothérapie*, Masson). MILANI.

All'abbonato 7155:

A. AIMER. *La pratique de l'héliothérapie.* Maloine ed., Parigi 1920.

Non conosciamo opere speciali sulla talassoterapia e climatoterapia. Può consultare: MARTINET: *Les agents physiques usuels.* Masson editore, Parigi. Nella biblioteca terapeutica diretta da Gilbert e Carnot, edizione Baillière di Parigi, di cui esiste una traduzione italiana edita dal Vallardi di Milano, troverà un volume di Landouzy che tratta appunto la talasso- e climatoterapia. *fil.*

Istituti bibliografici. — Ai dottori U. M. da B., B. C., da P. e altri:

Abbiamo già dato notizia di Istituti medici bibliografici, che si occupano di raccogliere la letteratura su argomenti determinati, di compiere traduzioni, sunti, trascrizioni, compilazioni, di ricercare le fonti, ecc

Ne riportiamo qui un elenco:

Argo Medico Italiano, Bologna, via Arienti, 18.
Biblion, Roma, via Banco S. Spirito, 21.
Istituto di Bibliografia Medica, Napoli, via Francesco del Giudice, 18.
Institut International de Bibliographie, Parigi, rue de Rennes 14 e Bruxelles, rue du Musée 7.
Istituto per Collaborazione scientifica, Wien XIII, Wambachergasse 11;
Istituto Bibliografico Scienze mediche ed affini, Gotting (Germania), Gösslerstrasse 8.
American Institute of Medicine (Department F), New York City, East 42-th Street, 13.

Chiedere prima le tariffe o i preventivi.

P.

Concorsi medici. — Al dott. F. d. M. da B.:

Suggeriamo il « Bollett. Nazion. Concorsi e Impieghi », Forlì, piazza XX Sett. 5; abbon. annuo L. 20, semestr. L. 12, un numero L. 0.50

Il nostro giornale dà uno degli elenchi più completi dei concorsi a posti sanitari; pur troppo però molti enti comunicano gli avvisi all'ultimo momento, in tempo non più utile. E non giova protestare! P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CORINALDESI SILVIO. *Su di un caso di tubercolosi polmonare con localizzazioni specifiche viscerali ulcerative multiple.* — Genova, Tip. « Il Secolo », 1922.

DURANTE LUIGI. *Sull'aneurisma traumatico arterovenoso dei vasi radiali.* — Napoli, G. Barca, 1922.

FRANCESCHINI FRANCESCO. *Su dieci casi di meningite cerebro-spinale epidemica.* — Feltre, Panfilo Castaldi, 1922.

GALLI PAOLO. *La latto-terapia nell'intolleranza pel latte e nell'atrofia infantile.* — Faenza, C. Dal Pozzo e F., 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXIII. — I verbali delle Commissioni per i concorsi.

Deduceva il ricorrente Frosina Salvatore, contro un provvedimento della Deputazione provinciale di Catania, che la Commissione giudicatrice del concorso non aveva valutato alcuni dei titoli da lui prodotti « perchè questi non erano stati espressamente menzionati nella relazione ». Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 7 aprile 1923, n. 338, ha respinto siffatta deduzione osservando: « *che la mancanza di una espressa menzione dei titoli non ha importanza quando dal contesto della relazione risulta che essi sono stati esaminati;* nella specie, la relazione della Commissione anzitutto afferma in linea generale che i commissari hanno esaminato i titoli dei concorrenti e poi per ciascun concorrente vengono menzionati i titoli che a giudizio della Commissione hanno un valore apprezzabile ai fini del concorso; il metodo, pertanto, seguito dalla Commissione della menzione di alcuni titoli, messo in relazione con la espressione generale suindicata, esclude che gli altri, cioè quelli non espressamente menzionati, non siano stati esaminati ».

Avvertiamo, però, che criteri generali più rigorosi furono poi applicati, del punto di vista delle garanzie formali inerenti ai verbali, con la decisione 17 agosto 1923 della stessa IV Sezione, riportata nel fascicolo 36 di questo periodico. Vero che i due casi sono soltanto analoghi, e che nella seconda decisione si tenne conto di alcune norme del regolamento locale (Ospedali riuniti di Roma); ma, pur considerando queste circostanze, risulta evidente dal confronto delle due decisioni che quella del 17 agosto segna un indirizzo più marcato agli effetti del rigore formale.

La giurisprudenza, in materia di concorsi agli impieghi pubblici, è in una fase di rielaborazione di norme e principî, con notevole tendenza al rispetto rigoroso delle forme. È noto che la IV Sezione è giudice di legittimità, controlla cioè gli atti amministrativi dal punto di vista della incompetenza, delle violazioni di legge o di regolamenti generali e speciali e dell'eccesso di potere; quindi, essa non può sindacare il giudizio delle Commissioni, salvo il caso di contraddittorietà manifeste e di vizi intrinseci risultanti dallo stesso atto, i quali rientrino nel concetto di « eccesso di potere » amministrativo, nel senso che la giurisprudenza ha via via notevolmente esteso. Per ciò la IV Sezione conosce normalmente della *forma dei concorsi*, della osservanza talvolta soltanto esteriore delle norme di legge; ma per queste accentua ora il rigore. Seguendo attentamente questa giurisprudenza, nella non infrequente casistica contenziosa, ci riserviamo di riassumere i principî informatori che sono via via elaborati, per fissare le vere e proprie norme generali.

LXIV. — Il ricorso contro le deliberazioni di licenziamento di impiegati provvisori.

Anche per il personale provvisorio ed avventizio è ammesso il ricorso alla giurisdizione amministrativa contro i provvedimenti con i quali sia stato dispensato dal servizio o in qualunque forma licenziato, qualora non siano state osservate le garanzie prescritte dalla legge e dai regolamenti.

La V Sezione del Consiglio di Stato, confermando questa massima — ormai costante — con la decisione 19 gennaio 1923, n. 16, ha considerato:

« Il ricorso per vero è ammesso in riguardo « alla funzione esercitata, che per sua natura « classifica il rapporto che si è venuto formando, sia pure in via meramente provvisoria, « come rapporto di diritto pubblico e che perciò rientra fra quelli contemplati dalla legge « sulle attribuzioni giurisdizionali della Giunta « Provinciale amministrativa tuttavolta che avvenga il licenziamento dell'impiegato. Per « quanto il rapporto suddetto abbia carattere « di temporaneità, ha tuttavia ragione di essere tutelato, nel senso che la deliberazione « che lo fa cessare venga presa nelle forme « di legge dall'autorità competente ad emetterla e stia nei limiti dell'obbietto che deve « avere e, cioè, di un puro e semplice licenziamento senz'altro scopo e senza che possa « pregiudicare menomamente la persona dell'avventizio ».

LXV. — Efficacia giuridica dell'ufficio provvisorio.

L'impiegato assunto in servizio con carattere precario non può, anche se mantenuto continuamente in ufficio, acquisire il diritto alla stabilità. (Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 12 gennaio 1923, n. 7).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa dal «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(*Continuazione, vedi fascicolo n.* 31).

Ospedale di S. Spirito (T. Ferretti, lire 50, A. Nazari 50, L. Ficacci 20, G. Pilotti 30) . . . . L. 150 —
Ordine dei Medici di Trento . . . . » 50 —
Associazione Nazionale Medici Condotti di Alba . . . . » 50 —
Dott. Livio Caperchi - Pateccio . . . . » 50 —
Dott. cav. Michele Passamonti (Montefiore dell'Aso) . . . . » 15 —
Croce Rossa Italiana - Comitato Centrale » 500 —
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma . . . . » 300 —
Ordine dei Medici-Chirurgi della Provincia di Campobasso . . . . . . » 50 —
R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma . . . . » 820 —

Pervenute alla nostra Amministrazione e trasmesse al Comitato:

Dott. Domenico A. Mazzolani, Tripoli . L. 25 —
Dott. Alessandro Simeoni, Roma . . . » 10 —
Rivista «Minerva Medica», Torino . . » 50 —
Istituto di Clinica Medica, Torino . . » 50 —
Istituto di Clinica Chirurgica, Torino . » 50 —
Istituto di Patologia Medica, Torino . . » 50 —
Istituto di Patologia Chirurgica, Torino. » 50 —

(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

AMMININISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi del vaiuolo.

Il Ministero dell'Interno ha testè inviato un'importante Circolare ai Prefetti del Regno con la quale, richiamando le disposizioni legislative e regolamentari in vigore e le replicate raccomandazioni in proposito, si interessa perchè nella imminente sessione delle ordinarie vaccinazioni, si vigili che questo servizio profilattico si svolga con quella regolarità e disciplina che solo possono attenersi da una parziale ed avveduta organizzazione da parte degli Uffici municipali d'Igiene, così che nessuno degli obbligati sfugga alla vaccinazione, e questa sia controllata nella sua efficacia da opportuni e sicuri controlli degli esiti.

Sappiamo inoltre che nelle Provincie nelle quali si è ravvisata l'opportunità di integrare eventuali deficenze verranno posti a disposizione delle Prefetture appositi medici col compito di recarsi nei Comuni per organizzare i servizi di vaccinazione; provvedimento, come si vede, di grande importanza e del quale non mancheranno i più benefici risultati tendenti a debellare definitivamente il vaiuolo nel nostro Paese.

MEDICINA SOCIALE.

Servizi medico-scolastici.

La Croce Rossa Italiana organizzò un servizio medico-scolastico tipo nei padiglioni *Infantiae Salus* - Roma, costruiti e fatti funzionare da un benemerito Comitato, per accoglierVi ed educarvi i bimbi della via, abbandonati più o meno completamente dai loro parenti. Vi tenne un ambulatorio con un medico, una assistente sanitaria per il servizio in ambulatorio e per l'assistenza a domicilio dei piccoli e si assunse l'avviamento degli infermi agli specialisti, di cui avessero bisogno. Furono assistiti così 206 bambini di cui 132 trovati infermi.

Il Comitato C. R. I. di Ferrara ha organizzato da due anni la scuola all'aperto «Bianca Merletti», per fanciulli gracili ed altra scuola del medesimo tipo ha assunto il Sottocomitato di Siena.

Il Sottocomitato C. R. I. di Rovereto ha assunto il servizio medico-scolastico nelle 12 classi femminili della città.

I dispensari antitracomatosi di C. R. I. con sede a Piombino, a Reggio Calabria, a Palermo fanno anche le cure necessarie per tutti gli scolari delle rispettive classi. Quello di Reggio Calabria ha avuto 240 iscritti con 10,700 medicature nell'anno scolastico 1920-21; 184 iscritti con 17,372 medicature nel 1921-22; 217 iscritti durante l'anno in corso 1922-923.

I sanatori antitubercolari della Croce Rossa Italiana.

La C. R. I. durante la guerra specializzò alcuni dei suoi Ospedali territoriali per l'assistenza ai tubercolotici di guerra ed altri ne creò *ex-novo* a tipo di sanatorio di montagna. Furono così in totale undici unità ospedaliere con 1700 letti, nei quali fino al 31 dicembre 1919 passarono 13.380 infermi con 284,078 giornate di assistenza.

Dopo la smobilitazione furono conservate le sole unità a tipo sanatoriale cui si aggiunge l'Ospizio di Valdoltra presso Trieste, acquistato dall'Associazione ed avviato a diventare un vero e proprio Ospedale per l'assistenza di tutte le forme di tubercolosi chirurgiche — anche le più gravi — che può rivaleggiare coi migliori del mondo. Fu in-

staurata negli Istituti la più rigorosa disciplina sanatoriale vincendo le riluttanze che facevano alcuni gruppi di tubercolotici di guerra. Furono nominati per concorso direttori come il Mendes ed il Campani e fu conservato a Valdoltra il Comisso, i quali tutti riformarono rapidamente e radicalmente il personale, avviando gli Istituti ad essere veri modelli del genere. Anche la diaria è modestissima in relazione a quella consueta in tali Istituti, poichè è di L. 27 nei Sanatori per toracei, di L. 15 nell'Ospedale per tubercolosi chirurgica.

Presentemente tutti insieme gli Istituti ospedalieri antitubercolari della C. R. I. costituiscono un totale di 510 letti, che saranno presto aumentati da 100 letti nel nuovo sanatorio «Cesare Battisti» che l'Associazione sta allestendo e completando nelle vicinanze di Roma. Il movimento degli infermi ha seguito questa curva:

	numero assistiti	giornate
fino al 31 dicembre 1919	15,893	284,078
» » 1920	891	98,811
» » 1921	1,390	192,690
» » 1922	743	155,434
Totale	18,917	731,013

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Medico praticante interno. Assegno L. 5000; alloggio personale; vitto nei giorni di guardia. Incarico di settore con indenn. annua di L. 2000. Documenti personali. Curriculum universitario; prove della preparazione in anatomia e istologia normale e patologica del sistema nervoso. Chiarimenti e invio documenti alla Direzione. Termine 25 ottobre.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto radiologico ed elettroterapico; L. 6250 e quattro aum. decimo, due c.-v., compartecip. utili. Scadenza ore 17 del 10 novembre. Età limite 40. Servizio entro 1 mese.

BIELLA (*Novara*). *Ospedale degli Infermi.* — Dirigente i Gabinetti di fisioterapia. Scad. 18 ott. L. 5000; 40 % proventi esami e cure di fisioterapia. Titoli ed esami. Età lim. 45. Schiarimenti dalla Direzione.

CISON DI VALMARINO (*Treviso*). — Al 5 nov.; lire 6000 e 2 c.-v. di L. 2400; quale uff. san. L. 500; per trasp. L. 1800 elevab. a L. 2500 se cavallo o automezzo.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san.; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, indenn. c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FOSSATO SERRALTA (*Catanzaro*). — L. 6000 e quattro sessenni decimo; L. 1200 cav.; L. 600 uff. san.; nomina subordinata accettazione capitolato. Scad. ore 12 del 1° novembre. Schiarimenti dall'Ufficio Comunale.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. 4 nov. Per Montiano. L. 9000 e sessenni decimo per la res. e cura poveri; doppio c.-v.; L. 200 indenn. malaria.

MARIANOVA (*Ancona*). — Scad. 25 ott. L. 12,500 e c.-v. per 2900 pov. su 3200 ab.; per i non poveri 50 % sulla tariffa dell'O. d. M.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Due primari medici specialisti nell'Ospedale per tubercolotici in Garbagnate; L. 7000 oltre indenn. di L. 2000, trasporto quotid. gratuito da Milano. Titoli od esami o titoli ed esami. Prova annuale; nomina e conferme triennali. Esercizio profession. da 8 anni. Età lim. 44. Scad. ore 16 del 17 ottobre.

MONFUMO (*Treviso*). — Concorso medico aperto fino al 30 ottobre 1923. Per informazioni rivolgersi al Municipio. Il Sindaco: Candido Toscan.

NAPOLI. *R. Università.* — Aiuto alla Clinica pediatrica; L. 7500, con un quinquennio di L. 700 ed uno di L. 900; c.-v. Esami: a parità di merito i titoli stabiliranno la preferenza. — Assistente nella Clinica ostetrico-ginecologica dal 1° gennaio al 30 giugno; stip. L. 1300. — Domande al Rettore.

PALANZO (*Como*). — Cons. con Pognana e Lemna; L. 5500 per 1000 pov., addizion. L. 2, trasp. L. 1000. ambulat. L. 300, per uff. san. L. 500, tre quinquenni. Scad. 19 ottobre.

PECCIOLI (*Pisa*). — Scad. 20 ott. Stip. L. 6000 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; due c.-v. Se uff. san. L. 500.

ROMA. *R. Università.* — Assistente all'Istituto d'Igiene; esame teorico-pratico: a parità di merito i titoli stabiliscono la preferenza. Terna. Scadenza ore 12 del 10 nov. Domande al Rettore. Dichiaraz. di non occupare altro ufficio retribuito da Enti pubblici.

S. PIETRO IN GU (*Padova*). — Scad. 31 ott. Resid. L. 7200 e primo c.-v., L. 1700 trasp.; L. 300 uff. sanitario.

TERAMO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario capo dell'ufficio d'igiene. Direttore del Laboratorio comun. Scad. 20 ott. L. 9000 e 10 trienni; indennità missione. Aumenti in corso di studio. Divieto di eserc. libero. Titoli ed es. Età lim. 56. Abit. 27,500.

TREQUANDA (*Siena*). — Scad. 20 ott. Per Petrojo e Castelmuzio; L. 6500, doppio c.-v. e indenn. supplementare per la famiglia; 6 quadrienni decimo.

UDINE. — V e VI Reparto (esterni). Stip. base L. 8000 per 1500 pov., elevabile fino a L. 14,000 al 22° anno di servizio; addizion. L. 3; doppio c.-v.; L. 3000 cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp. Scad. ore 17 del 30 novembre.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 30 ott. Condotto primario con incarico di uff. san. e direttore ospedale civile alle dipendenze della Congr. di Car.; L. 6000 e 3 quinquenni dec.; addiz. L. 2 oltre 1000 pov.; L. 800 per uff. san.; L. 1200 Ospedale.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Fontaneto d'Agogna e Borgogno (Novara), Belforte di Borgotaro (Parma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nelle Università.

Sono nominati straordinari i proff: Caldera Ciro, di otorinolaringoiatria, a Pavia; Gentili Attilio, di clinica ostetrica e ginecologica, a Pisa.

Sono abilitati alla libera docenza, per titoli, i dottori: Alessandri Carlo e Ancona Giacomo, in patologia med., a Firenze; Bianchini Giuseppe, in medicina leg., a Siena; Bonola Francesco, in clin. malattie nervose, a Genova; Busacca Attilio, in chim. fisiol., a Roma; Busacchi Pietro, in clinica pediatr., a Bologna; Coppola Alfredo, in clinica malattie nerv. e ment., a Firenze; Fabris Ugo, in patologia chirurg., a Napoli; Forni Gherardo Domenico, in clinica chirurg. e med. operat., a Bologna; Giorgi Giorgio, in medicina operat., a Napoli; Lorenzini Aldo, in clinica ped., a Bologna; Magaggi Giovanni Battista, in medicina operat., a Genova; Murero Giuseppe, in clinica dermosifilop., a Bologna; Nasso Ivo, in patologia e clinica ped., a Napoli; Palazzi Silvio, in odontoiatria e protesi dentaria, a Pavia; Puntoni Vittorio, in igiene, a Roma; Sbrozzi Marcello, in clinica traumatolog., a Roma; Venturelli Giovanni, in batteriologia, a Siena; Visco Sabato, in chimica fisiolog., a Roma. — Per esami: Albanese Armando, in traumatologia e ortopedia, a Roma; Albertario Emilio, in patologia med., a Pavia; Bacialli Luigi, in clinica ostetr. e ginecol., a Firenze; Bellizzi Vincenzo, in patologia chirurg., a Napoli; Berel Salkind, in patologia med., a Pavia; Betti Giuseppe, id., a Bologna; Bevilacqua Alfredo, in medicina leg., a Napoli; Biancini Bartolomeo, in oftalmologia e clinica ocul., a Roma; Bosisio Rodomillo, in patologia med., a Sassari; Bruni Franco, in clinica dermosifilop., a Pavia; Bua Callisto, in clinica ostetr.-ginecolg., a Parma; Cattaneo Pasquale, in patologia med., a Genova; Cautiero Giacomo, in patologia med., a Napoli; Ceppellini Parinio, in clinica ped., a Parma; Ciriminna Giovanni, in patologia med., a Palermo; Colombini Guido, in patologia chirurg., a Pisa; Conti Luigi, in patologia med., a Pavia; Cosci Cesare, in clinica chirurg. e med. operativa, a Siena; Dagna Luigi, in patologia med., a Pavia; D'Agnesio Mallardi Mario, in patologia e clinica pediatr., a Napoli; Durand Felice, in patologia med., a Genova; Fazio Francesco, in patologia chirurg., a Napoli; Ferrero Ferruccio, in neuropatologia, a Torino; Filippi Nicolò, in otorinolaringoiatria, a Genova; Frontali Gino, in clinica ped., a Firenze; Gianturco Giulio, in patologia chirurg., a Napoli; Gibelli Alessandro, in otorinolaringoiatria, a Genova; Gioia Domenico, in ostetr. e ginecol., a Pisa; Lo Cascio Girolamo, in oftalmoiatria e clin. ocul., a Roma; Longo Luigi, in patologia chirurg., a Torino; Macciotta Giuseppe, in clinica ped., a Sassari; Magaudda Paolo, in clinica mal. ment. e nerv., a Messina; Manconi Michele, in clinica otorinolaringoiatr., a Roma; Martino Giuseppe, in clinica dermosifilop., a Torino; Massini Leonida, in patologia med., a Roma; Mazzei Amedeo, in clinica ocul., a Napoli; Melis Giuseppe, id., a Cagliari; Melocchi Raffaele, in odontoiatria e protesi dent., a Roma; Mondini Umberto, in patologia med., a Pavia; Morelli Ferdinando, in patologia med., a Genova; Morini Lorenzo, in clinica dermosifilop., a Modena; Moschini Augusto, in chimica fisiolog., a Roma; Nicolai Lucia, in otorinolaringoiatria, a Genova; Oliva Carlo, in patologia chirurg., a Genova; Perin Arrigo, in patologia med., a Pavia; Perondi Giuseppe Giuliano, in clinica ostetr. e ginecol., a Roma; Pestalozza Camillo, in clinica pediatr., a Parma; Pizzini Benedetto, in patologia generale, a Napoli; Porta Antonino Venceslao, in clinica dermosifilop., a Parma; Pozzilli Pericle, in patologia med., a Roma; Prevedi Guido, in clinica ocul., a Parma; Provinciali Umberto, in clinica pediatr., a Parma; Pulvirnenti Salvatore, in patologia med., a Roma; Rapisarda Antonino, in patologia med., a Roma; Ravedino Emilio, in clinica ocul., a Roma; Rigobello Guido, in igiene e polizia med., a Pavia; Sanvenero Francesco, in patologia chir., a Genova; Schiassi Francesco, in patologia med., a Bologna; Seguini Arminio, in clinica ocul., a Roma; Sighinolfi Giuseppe, in elettroterapia e radiologia, a Roma; Stanganelli Paolo, in patologia med., a Napoli; Tronconi Alessandro, in clinica pediatr., a Pavia; Trossarello Mario, in clinica dermosifilop., a Torino; Valtan Oddone e Vezzini Santo, in otorinolaringoiatria, a Genova; Xilo Napoleone, in clinica oculistica, a Bologna.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori:

Bussi Armando, da Modena a Roma, in patologia med.; Capone Giovanni Battista, da Siena a Bologna, in patologia gener.; Carini Franco, da Parma a Pavia-Milano, in patologia chirurg.; Castiglioni Giovanni, da Genova a Pavia, in patol. chirurg.; Cristofoletti Roberto, da Vienna a Roma, in ostetricia e ginecologia; Ferrari Emanuele Manlio, da Torino a Genova, in neuropatologia; Galli Giovanni, da Roma a Genova, in patologia med. (presa a Napoli); Gasbarrini Antonio, da Pavia a Bologna, in patologia med. (presa a Sassari); Liotta Agatino, da Roma a Catania, in otorinolaringoiatria; Migliucci Ciro, da Roma a Napoli, in patologia med.; Neri Vincenzo, da Torino a Bologna, in neuropatologia; Pasinetti Carlo, da Palermo a Padova, in patologia med.; Russo Albino, da Padova a Napoli, in patologia chirurgica.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso italiano di Medicina Interna.

(Roma, 24-26 Ottobre 1923).

L'ufficio di Segreteria comunica:

Dato il grande numero di comunicazioni pervenute, il Congresso si è prolungato di un giorno, e cioè a tutto il 27, per dar modo agli iscritti di svolgere effettivamente le loro comunicazioni.

È incominciata da tempo la spedizione delle tessere e dei documenti di viaggio per i soci ordinari e gli aderenti regolarmente iscritti al Congresso.

Ai soci ordinari che non hanno inviato la loro quota di L. 40 all'Esattore della Società (Cav. Luigi Pozzi, via Sistina, 14 - Roma) non viene effettuato alcun invio di tessera e di documenti: essi, come d'abitudine, potranno ritirare la tessera direttamente al loro arrivo, presso la Segreteria del Congresso. Coloro però che desiderassero averla prima, specie per ottenere riduzioni di viaggio per essi e famiglie, sono pregati di richiederla esplicitamente in tempo utile, declinando la Segreteria ogni responsabilità verso i soci morosi, per ritardato recapito.

È pronto il programma dei lavori del Congresso con l'elenco completo delle comunicazioni.

Ogni Congressista, al suo arrivo, ritirerà presso la Segreteria la propria busta, contenente il programma, gli ordini del giorno, le conclusioni stampate delle relazioni, i prospetti di gite, ecc.: quant'altro sarà cura della Segreteria di distribuire ai Congressisti. Se qualcuno ha bisogno di avere in anticipo il programma, è pregato di richiederlo alla Segreteria anche con semplice biglietto da visita.

L'Associazione per il Movimento dei Forestieri installerà alla Stazione di Roma uno speciale ufficio d'informazione per i Congressisti.

***

Norme per il soggiorno dei Congressisti. — I Congressisti all'arrivo nella Stazione Centrale, troveranno contradistinto dalla iscrizione ben visibile «XXIX Congresso di Medicina Interna» un Ufficio Speciale d'informazioni, funzionante dal giorno 21 al giorno 26 ottobre, nel Salone dell'Orologio.

Ivi, a disposizione dei Congressisti provenienti dall'estero, si troverà un interprete.

In detto Ufficio verranno distribuite, a chi ne farà domanda, speciali tessere per usufruire degli alloggi all'uopo fissati nei principali alberghi, a *prezzi ridottissimi*, dall'Ufficio locale dell'*Enit*. I prezzi variano dalle L. 10 alle L. 40 per persona senza pensione; pensioni dalle 35 lire in poi.

I Signori Congressisti, dietro semplice presentazione della tessera del Congresso, godranno dell'ingresso gratuito in tutti i musei, gallerie, ecc., dipendenti dalla Direzione Belle Arti, dal Vaticano, dal Municipio.

Per facilitare la visita della città sono stabilite due gite in due pomeriggi per mezzo di automobili di lusso e con l'illustrazione di competenti guide.

La prima visita di Roma comprenderà l'itinerario seguente:

Piazza Venezia, Chiesa del Gesù, Pantheon di Agrippa, Circo Agonale, Ponte Umberto, Palazzo di Giustizia, Castel S. Angelo, Chiesa e P. S. Pietro, Piazza Cavour, Ponte Margherita, Piazza del Popolo, Pincio e Villa Borghese, Porta Pinciana, Palazzo Regina Margherita, Terme di Diocleziano, S. Maria degli Angeli, S. Maria Maggiore, S. Giovanni.

L'appuntamento per tale gita è fissato a piazza Venezia, vicino al cancello del Monumento a Vittorio Emanuele alle ore 14,30 del giorno 25 ottobre.

Il tragitto della seconda gita comprende:

Piazza del Campidoglio, Foro Romano, Ponte Garibaldi, Trastevere, Gianicolo, Monumento a Garibaldi, Ponte Sublicio, Piramide di Caio Cestio, Basilica di S. Paolo, Via Appia, Tomba di Cecilia Metella, Catacombe di S. Calisto e di S. Domitilla, Quo Vadis, Terme di Caracalla, Mosè di Michelangelo nella Chiesa di S. Pietro in Vincoli.

L'appuntamento per questa gita è fissato per il giorno 27 ottobre nello stesso luogo ed alla stessa ora della precedente.

Il giorno 28 gita in auto a Tivoli, visita con illustrazione, fatta da Guide, della Villa Adriana, Villa d'Este e delle Cascate; pranzo in Tivoli e ritorno a Roma in auto. Il luogo di riunione per i partecipanti è fissato per le ore 8 antimeridiane del 28 ottobre in Piazza dei Cinquecento (Stazione Centrale) presso il Monumento ai Caduti di Dogali.

Le prenotazioni per le gite sia di Roma che di Tivoli vanno fatte nell'Ufficio Speciale della Stazione o presso il rappresentante dell'*Enit* alla Sede del Congresso, accompagnate dalla somma di lire 25 per la prima gita, dalla somma di L. 25 per la seconda gita e dalla somma di L. 50 per il pranzo e la gita di Tivoli. Le iscrizioni si chiudono 48 ore prima della partenza.

Per tutta la durata del Congresso, la Segreteria, posta nella R. Clinica Medica, si terrà a disposizione per qualsiasi notizia.

Per le feste giubilari dell'Università di Napoli.

All'Università di Napoli si lavora per l'organizzazione del programma delle feste per la ricorrenza del VII Centenario.

Pare assicurato l'intervento, alla cerimonia inaugurale, del Re, del Presidente del Consiglio e del ministro dell'Istruzione.

Subito dopo la cerimonia inaugurale, sarà tenuta una apposita seduta a sezioni riunite per la solenne Commemorazione del seicentesimo anniversario della morte di S. Tommaso d'Aquino, che fu il primo docente di filosofia nella Università. Pronuncierà il discorso, il card. Mercier, primate del Belgio ed arcivescovo di Malines, che ha fama di essere il più dotto cultore di studi tomisti. Egli parlerà nella storica basilica di San Domenico Maggiore, dove sono gelosamente conservati molti preziosi cimeli del dott. Angelico che dettò le sue lezioni in un'aula dell'attiguo chiostro. Sarà anche solennemente commemorato nei giorni seguenti, il 200° anniversario della nascita di Kant; quindi in sedute a sezioni riunite saranno tenuti altri di-

scorsi dai più eminenti filosofi degli Stati civili. L'illustre Einstein illustrerà il lato filosofico della teoria della relatività.

Si preparano Convegni e Congressi, fra i quali quello della Società Italiana per il progresso delle Scienze.

Le nobili tradizioni di civiltà e di glorie classiche, saranno esaltate con feste a Pompei, dove sarà rappresentata in lingua latina una delle più belle commedie di Plauto.

Saranno disputati nell'Anfiteatro, fra tutte le Università intervenute, i ludi ito-olimpici e nel foro sarà cantato il Carme Secolare oraziano.

Vi saranno cerimonie e discorsi al « San Carlo », ricevimenti alla Reggia, « Garden Parthy » nei giardini della Reggia di Capodimonte, rappresentazioni di gala al Massimo, concerti di musica napoletana antica, ecc.

Per cura di un apposito Comitato sarà pubblicata una completa Storia della Università con riferimenti al contributo che attraverso gli ultimi sette secoli Napoli ed il Mezzogiorno hanno apportato all'incremento dei vari rami dello scibile.

Università italiana in Palestina.

A quanto riferisce il quotidiano milanese « L'Ambrosiano » è stata fondata da don Giovanni Rossi, per iniziativa dell'« Opera Cardinale Ferrari », col patrocinio del patriarca di Gerusalemme mons. Barlassina. Avrà carattere e lingua araba. Dopo un corso preparatorio di tre anni, i giovani arabi sono ammessi all'immatricolazione in una delle tre Facoltà: letteratura araba, medicina, ingegneria. Il collegio accademico comprende già 18 professori, tra cui il dott. Claudio Mancini, direttore dell'Ospedale italiano in Palestina. Intorno all'Università sorgeranno circoli di studio, biblioteca, corsi di coltura generale, corsi serali, tipografia. L'istituzione dispone già di una somma cospicua.

Per la Clinica del lavoro di Milano.

L'Istituto Grafico di Previdenza di Milano, anche a nome delle Organizzazioni Poligrafiche di Lombardia ha assegnato alla Clinica del Lavoro di Milano la medaglia d'oro del lascito Salvi, quale attestazione di gratitudine per la benefica attività svolta in pro' degli operai delle arti grafiche.

All'XI Conferenza internazionale delle Croci Rosse.

È stata pubblicata la relazione del prof. Cesare Baduel, direttore generale della C. R. I., alla XI Conferenza internazionale delle C. R., adunatasi a Ginevra il 28 agosto 1923. Emerge l'attività della nostra C. R., che si è resa benemerita del Paese nella lotta antitubercolare e antimalarica, nell'educazione igienica e nell'opera di soccorso durante le calamità pubbliche. La relazione è illustrata da molte fotografie e diagrammi.

Onoranze al prof. Barduzzi.

Il 30 settembre, nelle RR. Terme di San Giuliano, si svolse una imponente cerimonia in onore dell'illustre dermatologo, idrologo e storico della medicina, al quale fu consegnata una ricca pergamena e del quale fu scoperto un artistico medaglione in bronzo, opera dello scultore Gallori, nel salone delle Terme, ad iniziativa di ammiratori e di amici.

Onoranze al prof. De Giaxa.

Si è costituito un Comitato di colleghi, discepoli, amici e ammiratori dell'insigne scienziato che per tanti anni impartì l'insegnamento dell'igiene nell'Ateneo napoletano e che volle allontanarsi dalla cattedra prima di essere raggiunto dai limiti di età, quattro anni or sono; egli compirà prossimamente i 75 anni.

Il De Giaxa è stato nominato professore emerito della Facoltà medica di Napoli, quale atto di omaggio.

Il *Policlinico* si associa alle onoranze che gli verranno tributate.

La morte del costruttore del canale di Panama.

È morto a Parigi, all'età di 83 anni, Carlo De Lesseps, costruttore del canale di Panama, progettato da suo padre Ferdinando, che aveva costruito il canale di Suez.

Si riconosce oggi che Carlo De Lesseps fu di onestà irreprensibile, di patriottismo ammirevole; dovendo in torbide ore rispondere davanti alla giustizia del suo paese per errori non commessi e sentire pronunciare una condanna che non meritava e che un giorno meraviglierà la storia, rimase calmo, difese il suo nome glorioso e si ritirò non senza fierezza nel silenzio. Prima di morire ha avuto però la soddisfazione di vedere il canale di Panama terminato; la grande strada commerciale che il fondatore aveva sognato di dare alla Francia appartiene oggi agli Stati Uniti.

Ricordiamo che la grande impresa ha segnato un trionfo igienico-sanitario, essendosi riusciti a debellare la malaria e la febbre gialla, che rendevano tanto micidiale quella zona, divenuta quasi — com'ebbe a dire Roosevelt — una stazione climatica!

La morte di PIO FOÀ segna un lutto per la medicina italiana. Dell'illustre anatomo-patologo tratteremo ampiamente in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Haematologica, apr. — C. GAMMA. Sulle splenomegalie croniche primitive. — A. CEVIDALLI. Diagnosi medico-legali di sangue; determinazione individuale.

Pathologica, 15 mag. — L. BADILE. Colcolosi biliare sperimentale. — B. GOSIO. Sulla batteriologia dell'influenza.

Rev. Ibero-Amer. de Cienc. Méd., apr. — E. VILCHES Y GÓMEZ. Il vero femminismo: la protezione della donna.

Japan Med. World, 15 apr. — K. TADENUMA, S. HOTTE, J. HAMMA. Metabolismo dei tumori trapiantati.

Münch. Mediz. Wochens., 8 giu. — E. BAUMANN. L'antisepsi con sostanze coloranti. — E. FISCHER. Il piede piatto.

Presse Méd., 9 giu. — E. JONNESOC. Resezione del simpatico nell'angina di petto. — R. GAULTIER. Gastrotonometria clinica.

Studium, 20 mag. — A. CARDARELLI. Linfosarcoma delle gland. linfat. trasmesso alla milza. — L. FERRANNINI. La medicina e la previd. sociale.

Lancet, 9 giu. — G. GRAHAM. L'insulina e la restrizione di carbo-idrati nel diabete.

Riforma Med., 21 mag. — P. MINO. L'emoimpilamento nell'uomo.

Soc. d. Hôp., 27 apr. — R. TARGOWLA. Follia cardiaca e insufficienza ventricolare sinistra. — LAIGNEL-LAVASTINE e R. LARGEAN. Encefalite epidemica con erpete labiale. — ARDIN-DELTEIL, R. AZOULAY e SALLES. Polinevrite emetinica.

Spitalul, apr. — DUMITRESCU-MANTE. Fenomeni di rabbia sopravvenuti tre anni dopo la morsicatura. — E. DARABAN. Tubercolosi dell'orecchio.

Riv. di Ginecol., ecc., apr. — G. LEVI. Di un particolare di tecnica nella interruz. artificiale d. gravid.

Mediz. Klinik, 10 giu. — RITTERSHAUS. Gli stati maniaco depressivi in pratica. — F. MUNK. Il morbo di Chagas.

Deut. Mediz. Wochens., 8 giu. — K. BORCHOEFFER. Psicosi da iponutrizione di tipo pellagroso. — E. F. MÜLLER. Rapporti tra cute e immunità.

Boston Med. a. Surg. Journ., 31 mag. — F. G. CURTIS. I compiti del medico rispetto al pubblico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 18 mag. — G. A. PARI. Significato della tachicardia e della bradicardia negli individui sportivi.

Clin. Ostetr., 31 mag. — F. LA TORRE. Il forciue.

Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd., mag. — L. SOLER Y LOTO. Il prolasso delle ovaie.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 9 giu. — W. HEUBNER. Fisiologia e farmacologia dei capillari sang.

Arch. de Cardiol. y Hemat., mag. — W. JANOWSKI. Il cuore periferico nella circolazione.

Pediatria, 15 giu. — R. JEMMA. Sulla terapia della leishmaniosi infantile.

Pens. Med., 23 giu. — G. GRANATA. Il cloridrato di optochin nella cura della polmonite.

Presse Méd., 13 giu. — L. MONIER. Gingiviectomia nella gengivite espulsiva

Revue Neurolog., apr. — CESTAN, RISER e LABORDE. Fisiologia patologica dei ventricoli cerebrali. — V. VEDEL e G. GIRAUD. Sindrome mesocefalica di torsione spasmodica dell'arto super. — P. LANTUÉJOUL e E. HARTMANN. Il riflesso cutaneo-plantare nel bambino.

Arch. di Antrop. Crimin., ecc., mar.-apr. — R. SEGRE e E. KELLNER. «Iubilimento edematoso» della parete vasale. — G. SEPPILLI. Annullamento di matrimonio per impotenza.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.



ANNO XXX Roma, 22 ottobre 1923 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL SS. SALVATORE
PRESSO S. GIOVANNI IN LATERANO.
(Sala MAGGIORANI).
Primario: Prof. A. BIGNAMI

Contributo allo studio clinico e anatomo-patologico dei tumori cistici del cervello.

Prof. LUIGI SCHIBONI, già aiuto nell'Istituto di Anatomia Patologica; Docente di Anatomia Patologica; Medico-aiuto negli Ospedali Riuniti.

Lo studio di due casi di tumori gliomatosi e angiomatosi cistici del cervello, che presentavano note cliniche e istologiche degne di speciale menzione, mi ha spinto a riferirne in questa nota.

CASO I. — P. P., di anni 27. Entra all'Ospedale di S. Giovanni il 23 settembre 1920.

Niente nell'anamnesi famigliare. Mestruò a 15 anni e poi sempre regolarmente. 7 anni fa fu ricoverata in questo Ospedale per anemia. Da 8 anni soffre di accessi dolorosi frontali e perioorbitali limitati alla metà destra del capo, accompagnati da mosche volanti, ambliopia e visione di una stella, con lieve senso di vertigine. Durante questi accessi si fa pallida in volto: non ha vomito nè lacrimazione. Qualche volta gli accessi sono rappresentati dalla sola visione della stella senza alcun dolore.

Venti giorni fa, di ritorno da Ostia, ebbe per 8 giorni febbre subcontinua, iniziata con brivido, con un massimo di 39.1 e un minimo di 38.5. Fece cura chininica e la febbre cessò. Da 14 giorni è tormentata da una violenta cefalea fronto-occipitale destra, accompagnata da vomito, incapacità di applicarsi nella lettura, mosche volanti con visione della stella e spossatezza generale. La cefalea è ad accessi ben distinti che ricordano l'emicrania simpaticotonica. Dopo il vomito ha sudore. L'appetito è conservato, l'alvo aperto, le urine normali.

Esame obiettivo. — Ragazza bene sviluppata, colorito pallido della cute e delle mucose. Stato di nutrizione buono, torace ben conformato, esame dei polmoni negativo; al cuore, punta al quarto spazio sull'emiclaveare, non deborda a destra, primo tono impuro alla punta, secondo polmonare non rinforzato. Addome leggermente meteorico, trattabile, indolente. Milza ingrandita; si palpa un dito sotto l'arcata costale, piuttosto dura.

Nulla risulta all'esame generale del sistema nervoso.

Wassermann negativa. Puntura lombare (8 ottobre): liquido limpido, a pressione elevata (a getto).

Il 10 ottobre vomitò due volte liquido verdastro amaro. Il vomito è comparso dopo circa un'ora dall'inizio di una cefalea intensissima. Durante gli accessi cefalalgici vede tutto abbagliato. Dopo il vomito la cefalea diminuisce leggermente per ricominciare poco dopo.

13 ottobre. Durante l'attacco ha emianopsia sinistra. È pallidissima e trema per il freddo. Si instillano due goccie di adrenalina al millesimo nell'occhio destro; dopo circa 15 minuti

la pupilla di questo lato è fortemente dilatata, mentre la sinistra conserva l'ampiezza normale.

Non fu praticato l'esame oftalmoscopico.

Durante la giornata è caduta in coma. Polso 80 regolare, valido. Respirazione superficiale. Questo stato è continuato fino alle 7 pom. Improvvisamente verso le 7 e mezzo circa si è aggravata ed è morta.

L'autopsia fu eseguita da me. All'apertura del cranio la dura madre appare tesa e iperemica. Tolte le meningi i giri cerebrali si dimostrano piuttosto appiattiti, sopratutto nell'emisfero destro. Questo appare in toto più voluminoso del sinistro; la differenza di volume è apprezzabile anche nei poli frontali e temporali, negli emisferi cerebellari, nel ponte, nel bulbo, nelle formazioni grigie centrali. Sul lobo occipitale destro, nella superficie mediana, in vicinanza del polo, si osserva una sporgenza circoscritta, molle al tatto. La superficie mediana degli emisferi è appiattita a sinistra, sporgente a destra, specialmente in corrispondenza del giro del corpo calloso. Nulla di anormale si nota alla base del cervello: i vasi non presentano alterazioni degne di nota.

Nelle sezioni vertico-frontali dei due emisferi si ha la conferma della constatazione, fatta all'esame esterno, della differenza di volume tra di essi, con prevalenza evidente dell'emisfero destro sul sinistro.

All'esame delle sezioni si rileva la mancanza di qualsiasi alterazione macroscopicamente apprezzabile a carico della corteccia, del centro ovale, della capsula interna, dei nuclei della base. In una sezione praticata a livello della estremità posteriore (pulvinar) dei talami ottici, comprendente i nuclei rossi, si nota che la sostanza bianca circostante alla parte esterna del corno inferiore del ventricolo laterale destro, è evidentemente rammollita; questo rammollimento si estende verso le circonvoluzioni temporali (non invadendo la corteccia) e anche verso l'alto nella sostanza bianca che si trova al livello del punto in cui il nucleo caudato cambia direzione per portarsi in basso e in avanti lungo il corno temporale del ventricolo. Anche la superficie della parete esterna ventricolare appare in questa regione non uniforme e rammollita. La circonvoluzione dell'ippocampo e la parete interna del corno inferiore dello stesso ventricolo appaiono risparmiate.

In una sezione, a circa 3 cm. all'indietro della precedente, si nota la continuazione del tessuto rammollito della sostanza bianca non solo nella regione situata esternamente e al di sotto del corno posteriore, ma anche nella parete interna di esso e nel tessuto circostante per lo spessore di circa mezzo centimetro.

In una sezione praticata ancora più posteriormente nel lobo occipitale, a circa 2 centimetri e mezzo all'indietro della precedente, si osserva una cavità della grandezza di un uovo di gallina situata nella sostanza bianca al di sotto della parete inferiore del corno posteriore destro (che appare notevolmente dilatato), contenente un liquido limpido citrino. Questa cavità appare delimitata dalla sostanza bianca circostante da una membrana sottile d'aspetto bianco-giallastro, lacerabile, facilmente distaccabile dal tessuto circostante. La superficie interna della cavità è ineguale e in alcuni punti come suddivisa in piccoli recessi delimitati da sepimenti sottili, biancastri, quasi velamentosi.

In corrispondenza del labbro inferiore della calcarina e nel resto della parte inferiore del polo occipitale la sostanza bianca è quasi completamente trasformata in un tessuto grigiorosso che in alcuni punti arriva fin proprio in vicinanza della corteccia occipitale, specialmente in corrispondenza del labbro inferiore della calcarina.

Esame microscopico. — Le sezioni della parete della cisti e della sostanza nervosa vicina sono state colorate con emallume ed eosina: della corteccia del lobo occipitale sono state colorate anche altre sezioni col metodo di Nissl.

La parete della cisti è costituita da un tessuto ricchissimo di vasi, generalmente ampi, e di elementi cellulari rotondeggianti o fusati, di vario volume, con sostanza intercellulare fibrillare piuttosto scarsa, salvo in alcuni punti, nei quali la sostanza intercellulare è rigonfia e prende un aspetto areolare per edema cronico circoscritto. Questi elementi cellulari in alcuni punti si trovano disposti regolarmente intorno alle pareti vasali formando come una raggiera. Questa disposizione degli elementi cellulari e il ricco sviluppo vasale danno ad alcune sezioni del tumore l'aspetto degli angiosarcomi. Oltre i numerosissimi vasi di varia ampiezza a cui si è accennato, si trovano anche moltissimi vasi sanguigni di piccolo e medio calibro, alcuni con degenerazione ialina della parete, e di questi alcuni obliterati, tutti circondati da un ricco mantello di elementi cellulari. In altre parti si osserva che la neoformazione è costituita di elementi cellulari di aspetto fusato disposti a fasci che si intrecciano in varia guisa, con sostanza intercellulare fibrillare: qua e là si osservano anche grossi elementi cellulari rotondeggianti con abbondante protoplasma, come si vedono frequentemente nei gliomi.

Se si osserva poi il limite del tumore rispetto alla sostanza bianca dell'emisfero occipitale, si nota che la neoformazione non ha limiti netti, ma si continua con modificazioni graduali verso la stessa sostanza bianca. Quest'ultimo fatto depone per la diagnosi di glioma. Questi limiti indistinti si osservano in quasi tutta la periferia del tumore.

In varie parti del tumore si trovano zone di varia estensione con modificazioni necrobiotiche. In corrispondenza della superficie interna della cisti si osserva il tessuto del tumore ricoperto da un reticolo fibrinoide di piccolissimo spessore, privo di elementi cellulari. All'esame dei giri del lobo occipitale e specialmente di quelli che limitano la scissura parieto-occipitale e calcarina si osserva una grave atrofia in toto della corteccia con alterazioni degenerative di molti elementi nervosi.

Riassumendo, si trattava di una donna giovane affetta da tumore del lobo occipitale destro, la quale per lungo tempo aveva presentato accessi dolorosi frontali e perioorbitali a

destra, accompagnati da visione di immagini luminose e ambliopia, durante i quali l'ammalata diventava pallida, fredda, sudava abbondantemente: offriva cioè il quadro di una emicrania oftalmica a cui si associavano sintomi di irritazione del simpatico (pallore, senso di freddo, sudore). L'ipersensibilità del simpatico era rivelata anche dalla midriasi consecutiva alla istillazione congiuntivale di due gocce di adrenalina al millesimo, che in soggetti normali non modifica l'ampiezza pupillare (Gaglio). Tali fenomeni simpatici, non sono rari nel corso dell'emicrania, di cui è nota anche una forma simpatico-spastica, descritta per primo da Du Bois-Reymond. Il vomito presentatosi negli accessi, che precedettero l'ingresso dell'inferma all'Ospedale, non costituiva un sintoma tale da contrastare col quadro dell'emicrania essenziale; tutt'al più poteva l'intensità dei fenomeni orientare verso la forma sintomatica. Fecero anche difetto sintomi caratteristici (generali e di localizzazione) del tumore: pur considerando le fotopsie come dipendenti dalla lesione occipitale, queste non erano sufficienti per far sospettare l'esistenza di una lesione organica. Anche l'emianopsia, che fu constatata solo nell'ultimo accesso, non si era rivelata prima clinicamente; del resto l'emianopsia come fenomeno transitorio non è rara nell'emicrania oftalmica. L'unico sintoma che poteva far pensare piuttosto a un'emicrania sintomatica di tumor cerebri era l'elevata pressione riscontrata nel liquido cefalo-rachidiano. Secondo la nomenclatura di Duret, il quadro rientra dunque nei tumori a sindrome parziale, e per lungo tempo isolata.

Quanto ai fenomeni simpatici presentati dall'inferma è noto che i disturbi vasomotori non sono rarissimi nel corso di tumori cerebrali. Secondo alcuni essi dipendono da una lesione ora irritativa, ora distruttiva del talamo ottico, in cui esisterebbe un centro vasomotorio, localizzato da Bechterew nella parte antero-interna, o anche un centro moderatore delle combustioni organiche (Ott. Woodt), pure localizzato nella parte anteriore dell'organo. Anche clinicamente sono stati segnalati disturbi vasomotori nelle lesioni del talamo: si tratta ora di fenomeni paralitici, ora di fenomeni spastici, e cioè abbassamenti di temperatura, cianosi, rossore, calore delle estremità e della faccia, ora permanenti, ora accessuali: questi ultimi in rapporto con stimolazioni temporanee attorno al focolaio primitivo.

L'irritazione del simpatico era nel caso presente rivelata anche dalla reazione pupillare (midriasi) alla adrenalina. L'esistenza di fenomeni simpatici pupillari nelle lesioni del cervello è stata constatata varie volte. Da ricerche sperimentali, compiute per primo da Hitzig nel 1871, è risultato che l'eccitazione forte di una regione corticale qualunque, determina midriasi, talora bilaterale, più spesso nel lato opposto a quello eccitato. Klippel e Well, trattando della disuguaglianza pupillare nelle lesioni cerebrali, ritengono di poter mettere il meccanismo patogenetico del fenomeno in rapporto con una stimolazione del simpatico di origine cerebrale; e riportano anche l'osservazione di un tumore cerebrale (glioma dei lobi frontale e temporo-parietale destro) che aveva provocate frequenti crisi di epilessia jacksoniana, durante le quali fu osservata costantemente midriasi della pupilla destra, che gli Autori mettono in rapporto con una stimolazione esercitata sull'emisfero sinistro dalla presenza del tumore.

Modonesi, nel suo caso di glioma del talamo, osservò una sindrome oculare nell'occhio controlaterale, caratterizzata da midriasi, dilatazione della rima palpebrale, modico esoftalmo, e aumentata lacrimazione (l'opposto di quella che si ottiene con la sezione del simpatico cervicale o del midollo cervicale: sindrome di Bernard-Horner), che l'A. mette in rapporto con un eccesso di stimolo del simpatico nelle sue vie cerebrali.

Lo stesso Modonesi riporta le esperienze di Bechterew e Mislawscki, che con l'eccitazione della commessura anteriore ottennero lacrimazione, midriasi, dilatazione della rima palpebrale e protrusione del bulbo oculare (dalle quali conclusero che le vie centrali del simpatico passano per questo punto per continuarsi fino alla corteccia); e il reperto di fibre degenerate nella parete del terzo ventricolo ottenuto da Hael negli animali dopo la estirpazione del ganglio cervicale superiore.

Se dunque la constatazione di fenomeni oculo-pupillari nei tumori cerebrali non è nuova, di speciale interesse si presenta l'osservazione riferita, per il fatto che essa costituisce forse il primo caso di tumore cerebrale in cui sia stata constatata una simpaticotonia con la reazione pupillare all'adrenalina, per instillazione nel sacco congiuntivale. Tale reazione, che è normale nella rana, manca nell'uomo sano, a meno che non si pratichi l'iniezione direttamente nelle vene; in tal caso provoca dilatazione anche quando la pupilla sia stata precedentemente dilatata dall'atropina. La reazione è stata constatata in alcuni diabetici con lesione pancreatica (oftalmo-reazione di Loewi); in alcuni basedowiani (con sintomi simpaticotonici; esoftalmo, dilatazione della

rima palpebrale e tachicardia) e recentemente (Bignami) nell'encefalite letargica, specialmente in quelli che presentano esoftalmo, occhio fisso e lucente, e secrezione di saliva vischiosa (saliva simpatica).

Gli altri sintomi sono di interpretazione semplice: la cefalea, il vomito (quantunque comparso tardivamente), la ipertensione del liquido cefalo rachidiano, non rappresentano che sintomi generali del tumore. L'emianopsia sinistra era manifestamente in relazione con la lesione della via ottica secondaria destra: è probabile che essa non sia stata rilevata precedentemente, forse per essersi stabilita molto lentamente: d'altra parte l'opportunità di un esame perimetrico, che avrebbe potuto svelarla precocemente, non era indicata dalla sintomatologia presentata.

Dal punto di vista istologico, come si è detto, il tumore presenta in alcuni punti un aspetto sarcomatoso, in altri un aspetto gliomatoso. Depongono principalmente per il glioma i rapporti esistenti tra il tumore e il tessuto circostante sano. Infatti la mancanza di limiti netti tra il tumore e la sostanza bianca circostante è caratteristica dei gliomi, specialmente dei gliomi molli (Borst, Ernest, Redlich), mentre i sarcomi sono più nettamente limitati.

Inoltre si sono riscontrati elementi cellulari grossi, rotondeggianti, con abbondante protoplasma, simili a gli elementi descritti da Bord nei gliomi molli sarcomatosi, elementi cioè con protoplasma considerevole, con nuclei grandi, con sostanza intercellulare scarsa, con prolungamenti scarsi o mancanti.

I tratti sarcomatosi del tumore hanno l'aspetto di un angiosarcoma, cioè di un sarcoma nel quale le cellule hanno tendenza a disporsi attorno ai vasi e nel quale le cellule madri degli elementi neoplastici sono le cellule parieto-vasali.

Con ciò mi pare si possa ritenere il tumore descritto come un gliosarcoma nel senso di Bruns; vale a dire di una neoformazione gliomatosa fondamentale costituita di cellule più o meno lontane dal tipo normale, mancanti di prolungamenti, con scarsa sostanza intercellulare, con prevalenza della neoformazione cellulare sulla differenziazione fibrillare, nella quale le cellule parieto-vasali (endoteli e periteli) siano entrate in proliferazione neoplastica dando le caratteristiche formazioni a raggiera attorno ai vasi.

Secondo Borst esisterebbero anche (sebbene raramente) neoformazioni gliomatose nelle quali si trovano le cellule disposte attorno ai vasi, ma in queste tale carattere non è mai così spiccato come nella vera proliferazione sarcomatosa. In quest'ultimo caso si tratterebbe di un glioma di costituzione analoga a quella che si riscontra nei gliomi della retina, che danno l'immagine microscopica «di una massa di aspetto necrotico, nella quale si vedono aperture vasali più o meno numerose, intorno alle quali si addensano in ampio mantello cellule piccole, rotonde, ridotte quasi esclusivamente al loro nucleo» (Barbacci). Molti però considerano questi tumori come veri sarcomi originatisi dal rivestimento periteliale dei vasi.

Quanto al modo di formazione della cisti sono da tener presenti due fatti: l'esistenza di un edema intenso, tanto nel tessuto circostante (nella corteccia calcarina esisteva un tipico edema pericellulare e perivasale) quanto nel tessuto stesso del tumore, la cui sostanza intercellulare si presentava in alcuni punti rigonfiata e di aspetto areolare; e l'esistenza di alterazioni vasali rappresentate da degenerazione ialina della parete e obliterazione del lume.

Le dette alterazioni rendono molto probabile che la cisti abbia preso origine da un focolaio necrotico-degenerativo. L'edema, che è conseguenza di alterazioni di circolo, già di per se stesso le aggrava, e rende quindi difficili gli scambi nutritivi delle cellule: inoltre è capace di portare, oltre all'imbibizione della sostanza intercellulare, anche a un'alterazione della costituzione fisica della cellula, caratterizzata dalla così detta degenerazione idropica (vacuolare), frequente (Rossle) nei tessuti edematosi, o a una metamorfosi gelatinosa, che simula la degenerazione mucosa (Barbacci).

L'obliterazione vasale porta con sè un'ischemia dei tessuti che se non è compensata da una circolazione collaterale ne provoca la necrosi. È probabile che ambedue questi fattori abbiano concorso alla necrosi di una certa zona del tumore (o di piccole zone che in seguito abbiano confluito) che, rammollita per l'edema, sia stata successivamente riassorbita determinando in definitiva la formazione di una cavità.

Una particolarità del reperto anatomo-patologico, che potrebbe essere in relazione con la genesi del tumore, è la evidente sproporzione rilevata tra i due emisferi cerebrali.

Intorno a questa speciale alterazione poco si trova nella letteratura. Borst sotto il nome di gigantismo parziale indica un'ipertrofia di origine embrionale congenita, nella quale è conservata la proporzione tra le singole parti del tratto ipertrofico, che può colpire le estremità, o segmenti di esse, o determinati organi tra i quali il cervello (macroencefalia).

Anche Eichhorst ricorda l'ipertrofia cerebrale come un'alterazione congenita: pur ammettendo che possa colpire solo una metà dell'encefalo ritiene che più spesso ne siano colpite ambe le metà. Kaufmann distingue dalla vera iperplasia del cervello le pseudo-ipertrofie consecutive a processi patologici, che comprenderebbero la maggior parte dei casi descritti come ipertrofie; ne osservò un caso in un ragazzo di 16 anni (con peso del cervello di 1700 g.). Hansemann descrisse una pura megalencefalia, senza alterazioni istologiche, congenita, in una ragazza di 16 anni, il cui cervello pesava grammi 1860.

Quello che si ricava dalla letteratura è dunque che l'ipertrofia cerebrale pura è congenita e può essere limitata a una metà dell'encefalo.

La coesistenza nello stesso emisfero del glioma e di un'alterazione dello sviluppo, potrebbe essere portata come un argomento in favore della genesi embrionale del tumore (teoria di Durante-Conheim). La questione della origine congenita del glioma è risolta positivamente dalla maggioranza degli AA. se non per la presenza in tutti i casi di un glioma in atto al momento della nascita, per l'esistenza di germi arrestatisi nello sviluppo capaci a un certo momento di iniziare una proliferazione neoplastica, sia che si tratti di residui di tessuto gliale rimasti allo stato embrionale, sia che si tratti di cellule ependimali aberrate. Si citano a conforto di questo punto di vista l'esistenza di gliomi congeniti, il carattere ereditario riscontrato in singoli casi, il carattere talvolta embrionario del glioma con malformazioni locali (spina bifida, siringomielia, altri difetti di sviluppo dell'asse cerebro spinale) e con malformazioni puramente istologiche (eterotopia di elementi ependimali embrionali, rosette di Wintersteiner).

Nel caso speciale della coesistenza del glioma con un'emipertrofia del cervello è interessante, per illuminare i probabili rapporti genetici reciproci, riportare l'opinione di Marburg e di Redlich sull'essenza della ipertrofia cerebrale: e cioè che tra la cosidetta ipertrofia e il glioma diffuso esistono delle forme di passaggio, seppure i due processi non sono identici.

Caso II. — De A. I., di anni 26. Entra all'Ospedale il 9 luglio 1919 e vi rientra successivamente altre due volte. Morte il 7 marzo 1921.

Niente d'importante nell'anamnesi personale remota, non malattie ereditarie, non lues. Circa 2 anni fa ha cominciato a soffrire di cefalea diffusa a tutto il capo, che sopravveniva a lunghi intervalli, non di notte, accompagnata da vomito.

Al suo ingresso nell'Ospedale riferiva che da circa 2 mesi andava soggetta quasi ogni due giorni a scosse convulsive, che sembravano a carattere tonico-clonico, che colpivano la faccia e gli arti di sinistra, qualche volta anche le dita della mano destra. Durante gli attacchi perdeva la coscienza e cadeva in terra. Quando tornava in sè si trovava coperta di sudore. Qualche volta diceva di essersi morsa la lingua.

Obiettivamente si notava: rima palpebrale sinistra abitualmente un po' più stretta della destra per contrazione quasi permanente dell'orbicolare, specie se la malata fissava un oggetto; lieve esoftalmo a sinistra, paresi del retto esterno di sinistra; non diplopia, campo visivo normale. Facendole mostrare i denti l'angolo labiale sinistro appariva più stirato del corrispondente di destra. Limitati e dolorosi i movimenti di flessione e estensione del capo sul collo. Riflessi patellari e achillei vivaci d'ambo i lati, senza differenze apprezzabili: accenno al clono del piede, più accentuato a destra; non Babinski, pupille uguali, bene reagenti alla luce, alla convergenza e alla accomodazione.

La puntura lombare dava: liquido a pressione elevata, a getto, xantocromico; albumina 10 per mille; nel sedimento un linfocita per mmc. ed emazie. Durante la lunga degenza la puntura lombare fu ripetuta 7 volte estraendo dai 22 ai 32 cmc. di liquido sempre xantocromico, seguita ogni volta da un miglioramento evidente. La R. W. fu negativa nel sangue e nel liquor. L'esame oftalmoscopico praticato ripetutamente dava: neurite ottica di antica data, con incipiente atrofia post-neuritica bilaterale, più avanzata a sinistra.

Durante la degenza ebbe frequentemente attacchi con perdita di coscienza sempre brevissimi (circa 2 minuti), preceduti da aura vasomotoria (rossore, abbondante secrezione di sudore). Durante l'attacco il volto si faceva rosso, si aveva irrigidimento del tronco e degli arti in uno stato di contrattura, trisma, spesso perdita di urina, occhi rotati a destra, pupille midriatiche, dispnea, polso ora raro, ora frequente e piccolo. Al tornare della coscienza si notava che, pur persistendo lo stato di contrattura degli arti e del tronco, l'arto superiore sinistro non presentava resistenza ai movimenti passivi ed era agitato da fine scosse cloniche, come anche l'angolo labiale sinistro, mentre il polso tornava di frequenza media. Dopo l'attacco subentrava pallore intenso, forte cefalea e senso di rilassatezza muscolare.

La percussione della bozza frontale e più ancora della regione occipitale sinistra provocava vivo dolore. La pressione dei punti di emergenza della 1ª e 2ª branca del trigemino provocava maggior dolore a sinistra. Esisteva evidente rigidità dei muscoli della nuca. Cercando di spostare in avanti la mandibola si provocava violenta sensazione dolorosa.

Nell'ultimo periodo di degenza (3-7 marzo 1921) gli attacchi si sono presentati molto frequenti, distanziati da intervalli sempre più brevi, fino a 15 volte in una giornata. La morte avvenne in uno stato di intensa cianosi.

L'autopsia fu eseguita da me. Si riconobbe l'esistenza di una cisti della grandezza di un grosso arancio nella parte posteriore dell'emi-

sfero sinistro, che occupava una parte dei due lobuli parietali ed era limitata all'indietro dal lobo occipitale. Possedeva una parete abbastanza spessa che raggiungeva in alcuni punti 4-5 mm. e conteneva un liquido xantocromico, limpido. La superficie interna della cisti presentava una colorazione ocracea: e sulla sua parte sinistra si sollevava una vegetazione con superficie variegata, d'aspetto quasi cartilagineo, contenente una sostanza di color rosso cupo con chiazze giallastre. Anteriormente la cisti era nettamente separata dal resto del lobo parietale, posteriormente non era così distinta dalle circonvoluzioni occipitali.

La cisti aveva respinto a destra i gangli e anche il tronco dell'encefalo nella regione dei corpi quadrigemini e in corrispondenza del pavimento del 4° ventricolo. Non si notò idrocefalo. Sulla superficie interna dei due ventricoli era evidente un processo di ependimite cronica granulosa diffusa.

Esame microscopico. — Le pareti del tumore cistico furono sezionate in senso verticale alla superficie in vari punti: si osserva subito all'esame microscopico che presentano notevole varietà di struttura. Nei tratti dove la parete è più sottile, è costituita da un tessuto di nevroglia fibrillare senza aumento notevole delle cellule di nevroglia. In altri tratti la parete è costituita da un tessuto di nevroglia ricco di elementi cellulari, la maggior parte dei quali sono rappresentati da nuclei piccoli, rotondi, fortemente e uniformemente colorati con i colori basici. Sono scarsi invece i nuclei pù grandi e più pallidi. La sostanza intercellulare fibrillare è meno abbondante che non nei tratti descritti prima.

Si trovano inoltre disseminati regolarmente conglomerati di vasi sanguigni molto ampi, a parete generalmente sottile, parzialmente trombizzati: accanto a questi vasi giustaposti, separati da scarso connettivo intervasale, se ne trovano molti altri a parete molto spessa, di aspetto omogeneo, vitreo: questa sostanza omogenea si colora con l'eosina (rigonfiamento ialino delle pareti vasali). Anche in varie masse trombotiche si riconosce la trasformazione ialina. In prossimità di questi vasi si vedono qua e là ammassi informi di sostanza ialina senza struttura riconoscibile: anche in varie parti del tessuto nevroglico si trovano vasi sanguigni con notevole ispessimento ialino della parete e qua e là con degenerazione amiloide diffusa, rivelata dalle caratteristiche di colorazione.

Talora disseminati nel tessuto nevroglico, talora disposti in accumuli all'intorno dei vasi sanguigni, si riconoscono numerosi corpi sferici (vere formazioni a palla) regolarissimi nei loro limiti periferici, di varie dimensioni (grandi, medi, piccoli), che si colorano intensamente con l'ematossilina e con il bleù di Metilene, e visti senza alcuna colorazione si presentano in alcuni punti splendenti in altri opachi alla luce diretta.

Si riconoscono come corpi amiloidi per la caratteristica colorazione con lo iodio.

Oltre questi corpi sferici si osservano qua e là nel tessuto del tumore ammassi di una sostanza omogenea in forma di blocchi irregolari o di corpi cilindrici a superficie in alcuni punti rugosa, fortemente colorabili con l'ematossilina: evidentemente sono blocchi o corpi amiloidi.

La diagnosi istologica del tumore è di glioma con formazioni multiple angiomatose aventi un tipo di angioma cavernoso e con necrobiosi ialina diffusa.

La diagnosi di tumore cerebrale fu in questo caso possibile già intra vitam per la presenza dei sintomi generali: cefalea, vomito, papilla da stasi, ecc.

Il caso è interessante pel fatto che i sintomi più appariscenti erano gli accessi di perdita di coscienza simili agli attacchi epilettici (caduta, irrigidimento tonico, morso della lingua, perdita di urina, midriasi, ecc.). Tali attacchi si differenziavano dall'epilessia genuina per il fatto che mentre di essa è caratteristico il pallore intenso e la cianosi, in questi si osservava arrossamento del volto; e inoltre pel fatto che allo stadio tonico non seguiva uno stadio clonico ben netto, ma solo fini scosse limitate all'arto superiore sinistro e all'angolo labiale dello stesso lato. Del resto già all'infuori degli attacchi esisteva uno stato di ipertonia del facciale (superiore e inferiore) di sinistra rivelato dalla contrazione quasi permanente dell'orbicolare, e dallo stiramento dell'angolo labiale sinistro nell'atto di mostrare i denti.

Questi fatti, che potevano far pensare a una lesione che agisse irritando sui centri corticali motori di destra, e che apparentemente sono in contraddizione con il reperto anatomo patologico, possono essere spiegati con lo spostamento subìto dal tronco encefalico per opera del tumore; e, per quanto si riferisce alle scosse cloniche dell'arto superiore sinistro, con lo stiramento delle fibre piramidali decorrenti nel lato opposto. Infatti sono noti i casi di tumori, specialmente dell'angolo ponto-cerebellare (Henschen), ma anche di altre sedi, che hanno agito prevalentemente sul lato opposto, e ciò per meccanismi vari: compressione contro un piano osseo; stiramento dei fasci situati dal lato della convessità, nei casi in cui il tronco cerebrale subisce una deformazione ad arco.

Del resto, anche per quello che si riferisce al facciale, il manifestarsi della lesione (irritativa) contemporaneamente a carico del facciale superiore e inferiore, deponeva piuttosto per la localizzazione della lesione nel tronco cerebrale e precisamente nel ponte, nel punto in cui alle fibre radicolari del facciale inferiore provenienti dal nucelo del VII° paio, si uniscono le fibre del facciale superiore provenienti dal nucleo del III°, forse con l'intermediario del *fasciculus longitudinalis posticus*. In favore di questo punto di vista parlava anche la paralisi del retto esterno di sinistra. Sono noti i rapporti di vicinanza che

il nucleo del VI° paio contrae con le fibre radicolari del VII° che lo circondano ad ansa e in corrispondenza del quale sono raggiunte dalle fibre del facciale superiore. Forse male si accorda con questa ipotesi il fatto che la stessa influenza morbosa abbia portato, di due formazioni vicine, nell'una a una paralisi, nell'altra a una ipertonia: la spiegazione si può forse trovare in una differente sensibilità delle varie fibre di fronte alla compressione, come è stato riscontrato in altri casi e anche per gli elementi di uno stesso fascio: così Ricca in un caso di compressione da tumore delle vie piramidali, riscontrò accanto ad alcune fibre degenerate, altre del tutto integre, e corrispondentemente esisteva una paraparesi spastica con integrità assoluta della motilità degli arti superiori. Il fatto che tanto la deviazione dei bulbi oculari, quanto le scosse cloniche si presentassero solo durante gli attacchi può spiegarsi ammettendo che durante questi avvenisse un aumento di tensione della cisti e che solo allora le formazioni anatomiche corrispondenti venissero stimolate.

Ma oltre questi sintomi pontini, dovuti probabilmente alla deformazione del tronco del cervello, è da notare l'assenza di sintomi di localizzazione (prescindendo dall'esoftalmo a sinistra e dall'atrofia della papilla più avanzata a sinistra, che potevano indirizzare verso una diagnosi di localizzazione generica nella metà sinistra), come sarebbe stato da aspettarsi, data una lesione così vasta del lobo parieto-occipitale, localizzata a sinistra, in prossimità dei centri corticali motori e sensitivi dei centri verbo-acustici, verbo-ottici e visivi.

Infatti i sintomi di lesione del lobo parietale sono rappresentati principalmente dai disordini della sensibilità e da disturbi di vario genere dovuti a compartecipazione delle zone vicine. I disordini della sensibilità sono rappresentati da un'emianestesia del lato opposto, specialmente a carico del senso muscolare (di posizione delle membra), di localizzazione della cute, e del senso stereognostico (quest'ultimo quando partecipano al processo la parte media della circonvoluzione parietale ascendente e la porzione corrispondente del lobulo parietale inferiore); e ciò in relazione al fatto che l'area corticale sensitiva (per il senso muscolare, di localizzazione e stereognostico) è costituita dal *gyrus post-centralis*, dal lobulo parietale inferiore e dal *gyrus supramarginalis* (Monakow).

Se il neoplasma invade o comprime il gyrus praecentralis si hanno sintomi a carico della motilità (paresi o paralisi del tipo corticale, epilessia jacksoniana). Se si estende indietro o viene interessato il gyrus angularis di sinistra si ha il quadro della cecità verbale; se anche il ramo ascendente del *sulcus temporalis supremus*, si produce ptosi della palpebra superiore del lato opposto (Mingazzini); ancora più indietro possono prodursi sintomi di localizzazione del lobo occipitale. Se viene interessato il lobo temporale sinistro possono manifestarsi fenomeni afasici. Se poi il tumore si estende in profondità può provocare sintomi a carico dei vari fasci associativi e di proiezione che decorrono nel centro ovale, fino a ledere le formazioni basali del cervello.

Nessuno di tali sintomi è stato notato nel presente caso, malgrado che fossero interessati la parte posteriore del lobo parietale, e parte dei lobi occipitali (porzione anteriore) e temporale (porzione posteriore dei giri temporali 1° e 2°).

A proposito della natura istologica del tumore potrebbe sollevarsi la questione se si possa considerare come un tumore misto vero, cioè se l'origine dei diversi tessuti che lo compongono possa farsi risalire a un germe comune unico.

A parte il fatto che un tumore misto di tessuto gliale e connettivale è da molti negato per l'origine dei due tessuti da foglietti germinali diversi, per ammettere un tumore di questa specie sarebbe necessario supporre la esistenza di elementi embrionali precedenti alla differenziazione nei vari foglietti, che a un certo punto avessero iniziato una proliferazione neoplastica differenziandosi in varie direzioni: ora sembra probabile che la differenziazione nell'organismo già adulto di germi arrestatisi così precocemente nello sviluppo, possa portare alla formazione di tessuti così differenziati come sono quelli che compongono il sistema vasale: infatti le parti connettivali dei tumori misti hanno generalmente la struttura sarcomatosa (Falkson, Oestreich e Slawyck, Friedreich). Un altro fatto che depone contro questo punto di vista è la localizzazione laterale del tumore in confronto della sede quasi sempre mediana dei teratomi: ipofisi, 3° ventricolo, epifisi.

In considerazione di ciò mi pare più rispondente ai caratteri del tumore, considerarlo come prodotto dalla combinazione di una neoplasia gliomatosa e angiomatosa.

La formazione della cisti è sufficientemente spiegata dalle estese alterazioni vasali (trombosi, emorragie, degenerazione amiloide delle pareti vasali).

È degna di nota la diffusa degenerazione amiloide delle pareti dei vasi e delle zone perivascolari nelle quali specialmente si sono notati i numerosi corpi sferici amiloidei.

***

Dallo studio dei casi su riferiti si possono ricavare importanti conclusioni.

Dal punto di vista clinico:

1) Un tumore cerebrale può decorrere per lungo tempo col quadro di un'emicrania oftalmica, determinando una sindrome che non autorizza a diagnosticare la presenza del tumore stesso e tanto meno alla diagnosi di sede.

2) Nei tumori cerebrali può riscontrarsi una simpaticotonia che, per quello che si riferisce all'occhio, può anche rivelarsi solo con la reazione pupillare all'adrenalina. L'interesse del fenomeno, oltre che per la sua estrema rarità, deriva anche dal fatto che potrebbe essere portato come un altro argomento in appoggio del prolungarsi delle fibre simpatiche fino alla corteccia cerebrale.

3) Un tumore del lobo parietale sinistro può decorrere senza sintomi di localizzazione.

4) La diagnosi di sede, specialmente se facciano difetto sintomi propri della zona occupata dal tumore, può essere notevolmente difficoltata dall'esistenza di fenomeni provocati da alterazioni secondarie (compressione, spostamento di parti più o meno lontane).

Dal punto di vista anatomico:

1) L'aspetto del glioma può essere modificato dalla presenza di elementi neoplastici connettivali che possono presentare il tipo angiosarcomatoso o semplicemente angiomatoso.

2) La constatazione di un'emipertrofia del cervello in combinazione con un glioma può essere portata a sostegno della genesi embrionale del glioma stesso.

3) Infine è da notare l'estensione delle alterazioni degenerative nel secondo caso e l'importanza che queste hanno unitamente alle alterazioni circolatorie nella patogenesi delle formazioni cistiche.

BIBLIOGRAFIA.

AGAPOW. Cit. in EHLERS.
ASCOLI. Policlinico, sez. medica, 1907.
BARBACCI. *I Tumori*, Milano 1915.
BARTELS. Zeitschrift f. Augenheilk., Bd. 16, 1906.
BEGOUIN. Pat. chir., 1910.
BOND. Rec. in Riv. di pat. nerv. e ment., 1918.
BONOME. Arch. p. le sc. med., 1901.
BORST. *Tumori veri*, in ASCHOFF: Anat. Patol., trad. ital., 1914.
BREGMANN e STEINHAUS. Virch. Arch., Bd. 188, 1907.
BRUNS. Die Geschwulste des Nervensystems.
BUCHHOLZ. Cit. in FABRIS.
BUSINCO. Tumori, anno 7°, fasc. 3°.
CALONZI. Policlinico, Sez. med., 1908.
CANTONET e CONTELE. Rec. in Rif. med., 1908.
CESTAN e HALBERSTADT. Rev. neurol., 1903.
CLAUDE e LHERMITTE. Presse méd., 1917.
DEJERINE. *Sémiol. des affect. du syst. nerv.*
DURET. *Les tumeurs de l'encéphale.*
EHLERS. Virch. arch., Bd. 199, 1910.
EICHHORST. Patol. spec. med. Trad. ital., 1914.
ERDHEIM. Cit. in EHLERS.
ERNST. *Sistema nervoso*, in ASCHOFF. Anat. patol., 1914.
FABRIS. Arch. p. le sc. méd., 1900.
FALKSON. Virch. arch., Bd. 75, 1879.
FRIEDREICH. Virch. arch., Bd. 33, 1865.
FURSTNER e STUHLINGER. Rec. in Riv. sper. freniatr. e méd. leg., 1887.
GIERKE. *Ghiandole a secrezione interna*, in ASCKOFF. Anat. patol.
GIORGI. Riv. Ospedaliera, 1914.
GLAESER. Virch. Arch., Bd. 122, 1890.
GLUCKSMANN. Cit. in FABRIS.
GRAVES. Rec. in Rif. méd., 1908.
GUTKIN. Cit. in EHLERS.
HENSCHEN. Sem. méd., 1903.
HOHL. Riesaminato da EHLERS.
KAUFMANN. Anat. Patol. Trad. ital., 1913.
KLESTADT. Cit. in EHLERS.
KLIPPEL e WEIL. Sém. méd., 1912.
LINDE. Rec. in Riv. di patol. nerv. e ment., 1900.
LUNGHETTI. Tumori, anno 3°, fasc. 4°.
MAGGIOTTO. La clin. med. ital., 1906.
MARBORG. Cit. in PAPPENHEIMER.
MICHELAZZI. Il Morgagni. Archivio, 1900.
MINGAZZINI. *Anat. clin. dei centri nervosi*, 1913.
ID. Riv. di patol. nerv. e ment., 1911.
MIURA. Ziegl. beitrag., Bd. 9, 1891.
MODONESI. Bull. delle scienze med., 1915.
MONAKOW. *Gehirnpathologie.*
NASSETTI. Riv. sper. di freniatr. e med. leg., 1912.
NAZARI. Il Policlinico, Sez. med., 1906.
OESTREICH e SLAWYK. Virch. arch., Bd., 157, 1899.
OPPENHEIM. *Tratt. delle malattie nerv.* Trad. ital., 1905.
PAPPENHEIMER. Virch. Arch., Bd. 200. 1910.
PARODI. R. Acc. Med. di Genova, 1912.
PERTHES. Rec. in Gazz. degli Ospedali, 1920.
RAVENNA. Riv. sper. di fren. e med. leg., 1904.
REDLICH. *Hirntumor*, in LEWANDOWSKY, Handbuch des Neurol., 1914.
RICCA. Annali di neurologia, 1911.
RIGHETTI. Riv. di patol. nerv. e ment., 1903.
ROSENTHAL. Cit. in FABRIS.
ROSSLE. *Patol. generale della cell.*, in ASCHOFF, Anat. Patol.
SAXER. Cit. in FABRIS.
SCHULZE. Inaug. diss. Halle, 1911.
SCHUPFER. Riv. di patol. nerv. e ment., 1916.
ID. La clin. med. ital., 1910.
SOKOLOFF. Cit. in FABRIS.
STEIL. Inaug. diss. Bonn., 1900.
STROEBE. Ziegler's beitr., Bd. 18, 1895.
WEBER. Rec. in Riv. di patol. nerv. e ment., 1900.
WENDEMBURG. Rec. in Riv. di patol. nerv. e ment., 1910.
WEICHSELBAUM. Virch. Arch., Bd. 75, 1879.
WIESINGER, WILLIAMSON. Cit. da STEIL.
ZENKER. Cit. in WEICHSELBAUM.
ZERI. Riv. med., 1908.
ZIVERI. Riv. di patol. nerv. e ment., 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E TERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
Direttore: prof. PIO MARFORI.

L'azione antiluetica del bismuto è indipendente dalla sua influenza sulle sieroreazioni positive (Wassermann, Sachs-Georgi, ecc.)

per il dott. OLINTO SCIARRA.

È noto che moltissimi conigli normali hanno nel sangue la R. W. positiva qualitativamente identica a quella dei sieri sifilitici, essendo la sostanza Wassermann, l'ambocettore per lipoidi, il fattore essenziale di entrambe le reazioni, come anche delle reazioni di precipitazione, Sachs-Georgi e Meinicke.

Wassermann, Epstein e Pribram, Schwartz-Flemming, Emanuel dimostrarono che il mercurio e l'arsenico nei conigli a R. W. positiva rendono, il mercurio più che l'arsenico, negativa temporaneamente la reazione.

Tali esperienze oltre ad un valore teorico, ne ebbero uno pratico notevole, perchè fornirono direttive per la terapia, rimanendo chiarito il meccanismo d'azione dei più importanti specifici antiluetici fino allora in uso e stabilito che l'arsenico è spirillicida ed il mercurio è prevalentemente rimedio sintomatico, ad azione diretta sugli elementi cellulari dell'organismo. (Ehrlich, Hata, Lesser, Wassermann ed altri).

Nessuno finora ha fatto col bismuto le stesse esperienze, dalle quali la mia intepretazione (1) delle sierodiagnosi della sifilide trae notevole contributo di conferma.

In altre pubblicazioni, come conseguenza di tale interpretazione delle sieroreazioni, potei dimostrare che il bismuto dev'essere valutato come antiluetico, prescindendo dalla reazione Wassermann, ecc., e che per la sua azione rapida sulla sintomatologia della sifilide e quasi nulla sulla R. W., deve disputarsi il primo posto nella terapia con l'arsenico.

Com'era prevedibile per l'azione sulla R. W. positiva nei sifilitici, anche la reazione nei conigli permane positiva nonostante la somministrazione di dosi tossiche di bismuto.

Riassumo brevemente i miei esperimenti su quattro conigli a R. W. intensamente positiva, prescelti tra parecchi a reazione non molto evidente.

Ho adoperato, sotto cute, un nuovo composto « Bismuto-proteico-colloidale » preparato dai professori Marfori e Chistoni, in questo Istituto Farmacologico, contenente un centigramma di bismuto per centimetro cubo, e già sperimentato in sifilitici con eccellenti effetti curativi.

In dodici giorni consecutivi iniettai in ciascun coniglio otto centigrammi di bismuto con effetti tossici nel primo coniglio, di minore peso, e senza notevoli disturbi negli altri tre.

Riesaminato il sangue immediatamente dopo l'ultima iniezione, per sorprendere le eventuali temporanee modificazioni della reazione Wassermann. questa si è mantenuta fortemente positiva in tutti, compreso il primo molto intossicato.

Dopo alcuni giorni, le reazioni furono ancora positive con immutata intensità.

Per la inequivalenza delle reazioni Wassermann con antigeni di cavia e di fegato sifilitico, corrispondendo nel siero sifilitico ad antigeni diversi anticorpi diversi, per ogni reazione furono usati con soddisfacenti risultati cinque antigeni, sifilitici e di cuore di cavia, delle migliori Ditte e preparati in Istituto, per poter giudicare complessivamente i risultati delle reazioni, mettendosi al sicuro da esiti discordi per la natura dell'antigene.

Praticai pure la Sachs-Georgi, che fu concordante quasi sempre con la R. W., della quale però non è più sensibile e più pratica, poichè richiede molte ore di termostato per ottenere un precipitato o un intorbidamento di non facile e precisa valutazione e di dubbia natura.

I ESPERIMENTO.

Prima di iniettare il preparato dei professori Marfori e Chistoni.

Antigeno	R. W.	ESITO			
		1º Coniglio (peso kg 1,500)	2º Coniglio (peso kg. 1,800)	3º Coniglio (peso kg. 2,250)	4º Coniglio (peso kg. 1,850)
Cavia Ist. Berna . . .	„	+++	+++	++	++
Cavia Ist. Milanese .	„	+++	+++	++	+++
Sifilitico Ist. Berna .	„	+++	+++	+++	+++
Sifilitico Ist. Milanese	„	+++	+++	+++	++++
Sifilitico Ist. Farmacologia	„	++++	++++	+++	++++

(1) *a*) reazioni positive: non escludono la sifilide;
b) reazioni positive con sintomi luetici: sifilide attiva;
c) reazioni positive senza sintomi luetici: immunità attiva acquisita o congenita con sifilide latente o estinta.

Sachs-Georgi	Antigeno	ESITO 1º Coniglio	2º Coniglio	3º Coniglio	4º Coniglio
„	Istituto Milanese. .	+++	++	++	+++

Gli esami furono ripetuti una seconda volta per stabilire con sicurezza il grado di positività delle reazioni e si ebbero press'a poco i medesimi risultati.

II ESPERIMENTO.

Dopo l'ultima iniezione di bismuto (8 centg. in 12 giorni). Non fu possibile superare tale dose per evitare effetti tossici in tutti i conigli.

Antigeno	R. W.	ESITO 1º Coniglio	2º Coniglio	3º Coniglio	4º Coniglio
Cavia Ist. Berna . . .	„	++	++	++	+++
Cavia Ist. Milanese .	„	+++	++	++	+++
Sifilitico Ist. Berna .	„	++	+++	++	+++
Sifilitico Ist. Milanese	„	++++	++	++	+++
Sifilitico Ist. Farmacologico	„	++++	++++	+++	++++

Sachs-Georgi	Antigeno	ESITO 1º Coniglio	2º Coniglio	3º Coniglio	4º Coniglio
„	Istit. Milanese	++	+++	++	+++

Dopo 10 giorni dall'ultima iniezione di bismuto, riesaminato il sangue di tutti i conigli, la R. W. e la Sachs-Georgi furono anche intensamente positive.

I controlli sempre duplici funzionarono ottimamente.

CONCLUSIONI.

a) Il bismuto non ha alcuna influenza sulle sieroreazioni positive dei conigli normali.

b) Come le esperienze di Wassermann, Pribram, Emanuel, ecc., col mercurio e l'arsenico, sui conigli a R. W. positiva, le mie ricerche col bismuto dimostrano, in modo anche più chiaro, che le modificazioni immediate delle sieroreazioni positive sono espressione di azione cellulare, sui tessuti, e non etiologica diretta sulla sifilide.

c) L'efficacia dei rimedi antiluetici dev'essere giudicata in base alla immediata influenza sulla sintomatologia clinica e non sulle sieroreazioni positive, esponenti duraturi di immunizzazione attiva antilipoidea; perciò il bismuto per la sua azione treponemicida energica è da usarsi, eliminati gli inconvenienti dipendenti dai preparati e più ancora da dosi tossiche che molti usano nella ostinazione di voler rendere negative ad ogni costo reazioni positive, indipendentemente dalla sua influenza sulle sieroreazioni.

BIBLIOGRAFIA.

A. WASSERMANN. *Nuove indagini sperimentali sulla sifilide.* Berliner Klinische Woch., n. 9, 2 febb. 1921.

EPSTEIN-PRIBRAM. Zeitschrift uf. exper. Pathologie u. Therapie, vol. 7, fasc. 2.

SCHWARTZ-FLEMMING. Munchener Med. Woch., 1910, n. 41.

G. EMANUEL. Berlin. Klin. Woch., 1911, n. 52.

FRITZ-LESSER. Comunicazione al Congresso di Medicina Interna del 1º dicembre 1920.

O. SCIARRA. *La reazione di Wassermann positiva indice di immunità per la sifilide.* Folia Medica, n. 18, 1920.

ID. *Il saggio positivo delle sierorezioni Wassermann, Sachs-Georgi, ecc., come sintoma di immunità antiluetica.* Riforma Med., numero 39, 1922.

ID. *Nuova legge di interpretazione delle sieroreazioni Wassermann, Sachs-Georgi, ecc.,* Folia Medica, n. 18, 1922.

G. EMANUEL. *Azione del mercurio e del Salvarsan sulla reazione Wassermann del coniglio normale.* Berliner Klinische Woch., 9-28 febb. 1922.

COMMENTI.

Alcuni rilievi sull'epidemiologia e sulla cura della peste bubbonica.

Prof. A. ILVENTO.

Il 1914 pubblicavamo sulla *Riforma medica*, anno XXX, n. 13, insieme con il dott. Michele Mazzitelli una breve osservazione dal titolo: « Esistenza del bacillo pestoso nell'organismo senza sintomi clinici »; nella quale riferivamo il caso di un soldato panettiere, che durante una epidemia di peste a Tripoli aveva mostrato la particolarità rilevata nel titolo del lavoro. Egli rimase circa trenta giorni sotto la nostra osservazione senza mostrare altri sintomi clinici che un lieve malessere, un persistente dimagrimento, e la facilità di movimenti febbrili fino a 38° C in seguito a stravizii. Le glandole inguinali erano grosse fino ad un fagiolo, a pleiade, mobili, indolenti. La puntura di una di queste ci condusse ad ottenere qualche goccia di liquido sanguinolento, che con nostra sorpresa presentava il cocco-bacillo pestoso nei preparati microscopici e diede luogo in agar a becco di clarino ed in brodo a culture pure del germe, agglutinate dal siero specifico. Non iniettammo la coltura a cavie, nè provammo l'azione immunitaria del siero del soldato. Questo si rimise completamente in salute senza altri sintomi di rilievo e dopo quindici giorni una nuova puntura della glandola ebbe esito negativo.

Il reperto poteva collegarsi all'osservazione di ratti con bacillo pestoso nei gangli linfatici ipertrofici senza sintomi clinici. Poteva trovare un punto di contatto in un'altra osservazione da noi pubblicata successivamente: individui, che al momento della defervescenza dalla febbre pestosa, presentavano il germe nella saliva e nell'urina, pur senza avere alcuna localizzazione nè bronchiale o faringea, nè renale. Ma in ogni caso il reperto di un germe così virulento, che era penetrato nell'organismo umano senza produrre malattia, era assolutamente senza precedenti.

La conferma viene a sei anni di distanza. Leger e Baury (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, vol. CLXXV, n. 17, 23 ottobre 1922, pag. 734) pubblicano che, esaminando il succo dei gangli inguinali su dieci negri scelti a caso fra una trentina di isolati nel lazzaretto di Dakar, trovarono tre volte il bacillo di Yersin. I negri godevano e continuarono a godere perfetta salute. I germi isolati mostrarono verso gli animali la medesima virulenza, che i germi pestosi da pulmoniti specifiche. Essi si domandano, chè importanza epidemiologica possono avere questi *portatori sani* di peste.

Certamente questa è una prova di più del concetto, che infezione e malattia non sono termini equivalenti. I due termini erano stati quasi confusi nell'entusiasmo dei primi reperti batterici e si era sopravalutata l'azione del *germe infettivo*, mentre si sottovalutava l'azione dell'organismo umano colpito. Invece oramai si va confermando per tutte le malattie da parassiti patogeni l'osservazione, che moltissimi sono gli individui aggrediti dal germe patogeno, ma assai più ristretto è il numero di quelli che ammalano, nel senso che dimostrano sintomi patologici capaci di attirare l'attenzione del colpito e del medico. Ciò è vero anche per una infezione a virulenza tanto elevata come la peste ed anche durante una epidemia, nei margini di questa. Qui possiamo pensare all'azione di difesa esercitata dai gangli linfatici, messa tanto nettamente in evidenza da Manfredi. Ma in generale le vere ragioni biologiche, per cui molti organismi infetti restano sani ed altri ammalano, sono ancora da illustrare.

***

Un'altra nostra osservazione ha ricevuta conferma in questi giorni. Con il medesimo dottor Mazzitelli pubblicammo una relazione « sui casi di peste curati nell'Ospedale di malattie contagiose di Tripoli », che uscì sulla « Malaria e malattie dei paesi caldi », anno V, fascicolo IV. In essa, fra altre osservazioni, riportammo il caso di due lattanti, le cui madri ammalarono di peste. Essi morirono senza sintomi caratteristici; nato il sospetto, fu fatta dopo la morte l'aspirazione di sangue dal cuore con reperto positivo di bacilli pestosi. C. Mathis sul *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, vol. XV, n. 10, segnala il caso di 12 lattanti, da 5 a 25 giorni, osservati nel Cambodge, i quali avevano mostrato convulsioni ed emorragie ma punto febbre nè bubboni; la prelevazione e l'esame di un frammento di fegato mostrò la presenza del bacillo pestoso.

Queste osservazioni estendono anche alla peste, ciò che è oramai di dominio comune per tutte le malattie infettive: che la forma clinica nel lattante è profondamente diversa dal quadro nosografico consueto. In ogni caso credo preferibile per la diagnosi la puntura ed aspirazione di sangue dal cuore, operazione più semplice, che espone a minori rischi l'operatore.

***

Una terza osservazione voglio richiamare, che ha confermato un nostro precedente rilievo.

Rama Iyer ha pubblicato sul *The Indian Medical Gazette*, vol. LI, n. 10, ottobre 1912, di aver curato sei infermi con peste bubbonica grave, iniettando loro nella vena del cubito da 7 a 10 gocce di tintura di jodio, due volte durante il primo giorno; 5-8 gocce due volte il secondo giorno; poi 5 gocce una sola volta nei giorni consecutivi fino a che la temperatura fosse ritornata al normale. Il risultato fu: una rapida diminuzione della febbre, che talora ritornava al normale fin dalla prima giornata; rammollimento o riassorbimento del bubbone; con 5 guarigioni su sei curati. Il trattamento è tanto più efficace quanto più precoce.

Ecco come ci esprimevamo noi nel secondo dei lavori citati sull'efficacia della cura jodica, praticata però in altra forma, poichè non è necessaria l'introduzione del medicamento nelle vene.

« Gli ultimi 17 casi furono curati con edemizzazioni peribubboniche di jodio, iniziando la cura il più presto possibile. Furono adoperate soluzioni jodio-jodurate, contenenti un centigrammo di jodio in due centimetri cubici di liquido; si facevano quattro iniezioni sottocutanee di mezzo centimetro cubico ognuna intorno alla glandola e si ripeteva il trattamento il giorno consecutivo.

« Mentre le iniezioni intraglandolari di jodio esacerbavano i sintomi locali e generali, le edemizzazioni periglandolari, combinate col ghiaccio a permanenza, furono tollerate benissimo. Tutti i casi trattati con questa cura, anche se apparsi con sintomi iniziali gravi, ebbero rapida attenuazione dei sintomi generali, decorso febbrile abortivo e rapida remissione. In alcuni casi il bubbone passò in fase regressiva; nel maggior numero il volume di esso aumentò assai, con formazione di pus di buona natura invece del solito liquido cremoso di disfacimento ». E continuammo la cura, mediante vuotamento del pus a mezzo di siringa introdotta per una piccola apertura e riempimento del cavo ascessoide mediante alcool jodato o glicerina jodata, seguendo il medesimo procedimento adoperato per gli ascessi freddi. Questo sistema, invece delle larghe incisioni consuete, conduceva ad abbreviare enormemente la chiusura del cavo: quindici giorni, invece dei soliti 40 o 60 giorni.

Sono oramai 17 casi con 17 guarigioni, curati da noi col trattamento di jodio; e 6 casi con 5 guarigioni trattati da Rama Iyer. Val la pena di continuare un sistema di cura, che si dimostra così utile in una malattia tanto mortale.

Roma, ...

QUESTIONI DEL GIORNO.

La cura della paralisi progressiva con l'inoculazione della malaria.

Si incontrano spesso nella letteratura casi di paralisi progressiva guariti sia dopo una suppurazione estesa, sia in virtù di una malattia febbrile occasionale o provocata: uno di tali casi risale al 1820. Meyer cercò di curare la malattia in discorso frizionando il cuoio capelluto dei paralitici con una pomata a base di tartaro stibiato, provocando così suppurazioni ostinate.

Wagner-Juaregg di Vienna (*Archivos de medic., cir. y especial*, 1923, n. 63; a. a.), ricorda le tregue che si possono avere nella p. p. e che tanto le rare guarigioni quanto le frequenti remissioni, dimostrano il processo morboso suscettibile di regressione. Riconosciuta l'etiologia luetica, si cercò la cura nel mercurio e nel salvarsan.

L'A., allorchè il Koch fece conoscere la sua tubercolina, pensò di ricorrere alla tubercolina per provocare nei paralitici uno dei sintomi capitali delle infezioni, cioè la febbre; iniziata perciò la cura tubercolinica in molti malati ed in alcuni associandola alla cura mercuriale, ottenne in parecchi casi remissioni complete con ricupero delle facoltà lavorative, in molti casi durature. Il Wagner fa notare che alcuni p. citati nella sua comunicazione fatta su tale argomento nel Congresso Internazionale di Medicina del 1909, attendono ancor oggi alle loro occupazioni. Il risultato fu tanto più favorevole quanto più incipiente era la malattia: senza dubbio in molti casi si presentò presto o tardi una recidiva, ma ripetendo il trattamento, si potè di nuovo in alcuni, combatterla efficacemente. Un'altra serie di esperienze ha condotto il Wagner ad usare il vaccino antitifico di Besredka, ed è appunto facendo tali esperienze che ebbe a notare come di frequente, una polmonite, una erisipela, un ascesso producessero evidentemente delle remissioni. L'A. volle allora tentare la cura dei p. p., con l'infezione malarica: nel 1917 inoculò in nove malati una terzana; dei nove casi, incipienti, tre, fino ad ora, migliorarono ed attendono alle loro occupazioni. Gli esperimenti furono dall'A. ripetuti.

I malati inoculati furono più di 200: il metodo consiste nell'estrazione del sangue dalla vena di un malarico in pieno accesso febbrile, e nella sua immediata iniezione nella quantità da uno a quattro cc. sotto la pelle del dorso di un paralitico: gli accessi malarici

si presentarono dopo una incubazione dai 8 ai 36 giorni, ed in questi accessi la temperatura oscillò fino ai 40 e 41 con il tipico corteo sintomatologico dell'accesso febbrile malarico: nel periodo di incubazione si notarono lievi esacerbazioni febbrili. In rari casi la inoculazione non fu seguita dallo sviluppo della malattia: generalmente era per questi sufficiente una seconda inoculazione. In rari casi, che l'A. crede refrattari alla malaria terzana, lo sviluppo non si ebbe nè con la prima, nè con la seconda o con successive inoculazioni, anche in grandi quantità, del sangue infetto. La malaria inoculata sembra essere risultata all'A. molto più sensibile al chinino che non quella prodotta dal morso della zanzara.

Di tutti i metodi di cura nella p. p., tentati dall'A., quello con l'inoculazione dell'infezione malarica sembra dare i risultati migliori: nei casi iniziali si può prognosticare una quasi certa remissione. Per il risultato non ha tanto importanza la gravità della sindrome, quanto la sua durata. L'A. ha notato remissioni totali non solo in casi di demenza incipiente, ma anche in stati gravi di eccitazione maniaca con mania di grandezza, accessi di furore ed accessi paralitici. Dei paralitici curati, si sono avute delle remissioni in più di 50, e di questi dopo cinque anni, nessuno ha presentato recidiva. Il massimo del miglioramento non si presenta subito dopo l'accesso febbrile, ma più tardi. Al pari dei sintomi del processo paralitico, regrediscono i sintomi generali, con miglioramento del peso, del colorito, ecc. Va specialmente ricordato il miglioramento notevole del disturbo della parola e degli accessi. In qualche caso si è osservato un rapido decadimento dell'infermo in seguito agli accessi febbrili: la chinina fece allora troncare gli accessi malarici. L'influenza della cura sulle reazioni del liquido cefalo rachidiano è stata appena percettibile e degna di menzione.

L'A. chiude la sua relazione dicendo che condizione decisiva per un buon risultato è l'iniziare la cura il più presto possibile.

R. MONTELEONE.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Gli eczemi del cuoio capelluto capaci di determinare alopecie.

(R. SABOURAUD. *Presse Méd.*, 14 aprile 1923).

Al di fuori delle alopecie comuni post-febbrili, post-infettive, delle seborroiche, dell'area Celsi, di quelle cicatriziali, esistono una quantità di alopecie meno note consecutive a malattie del cuoio capelluto. Tra le alopecie di origine eczematosa è necessario ricordare in primo luogo quella dovuta alla «falsa tigna amiantacea di Devergie». Tale forma di eczema colpisce per lo più gli adolescenti (nell'uomo raramente dopo i quindici anni) e principalmente le giovanette così dette linfatiche, anemiche, clorotiche la salute delle quali dopo l'apparizione delle prime mestruazioni è in continuo disquilibrio; in queste condizioni si vede comparire l'eczema impetiginoso umido dietro le orecchie ed al cuoio capelluto. Queste forme, lungi dall'essere l'espressione di uno stato di pletora o di eliminazione di veleni, devono al contrario classificarsi tra le numerose malattie da carenza, come dimostrano lo stato generale del soggetto sul quale s'impiantano e gli incoraggianti risultati che si ottengono dalla buona alimentazione, da esercizi fisici, da vita all'aria aperta, specialmente nei pressi del mare.

Sovente l'attacco eczematoso ha carattere acuto ed allora i capelli si presentano come agglutinati da una specie di colla che esala un odore spiacevole; se si allontanano i capelli si vedrà il cuoio capelluto di colorito roseo ma non troppo rosso perchè non si tratta di una dermite profonda ma di un processo nel quale l'infiammazione è benigna e poco pronunciata: solamente lo strato corneo è eroso; il cuoio capelluto si presenta cosparso di grosse goccie piatte di siero incolore. Questo liquido è vischioso tra le dita ma non è grasso: non è perciò qui il caso di parlare, come qualcuno impropriamente ha fatto, di flusso di sebo, bensì di flusso di siero. Dopo qualche giorno l'essudato diminuisce, si concreta sulla cute formando tra i capelli una crosta di tre o quattro millimetri di spessore, biancastra o giallo-sporca; a lungo andare questa crosta, seccandosi per la diminuzione dell'essudato, si trasforma in uno strato di grosse lamelle aderenti che si distaccheranno a guisa di scaglie se si tenterà di sollevare i capelli.

L'eczema umido impetiginoso del cuoio capelluto ha così esito in una fase secca e desquamativa. Qualche volta può mancare la prima fase di essudazione ed il medico al quale non si presenta che la fase squamo-crostosa può pensare alle malattie crostose secche fin dall'inizio, quali il favo e la psoriasi; però in queste due ultime il capello attraversa la crosta, mentre nell'eczema del quale parliamo il capello è ricoperto dalla crosta che si solleverà con esso.

A processo esaurito si ha la caduta quasi totale dei capelli incollati dalla crosta e quando questa cade lascia una superficie glabra sulla quale non restano che ben pochi capelli.

Come si produca la caduta dei capelli è un fatto non facilmente spiegabile: quello che è certo è che si produce una alopecia e poichè la fase alla quale più facilmente si assiste è quella caratterizzata da una squamo-crosta speciale, è per questo che tale malattia fu chiamata da Alibert « tigna amiantacea », nome ripreso poi da Devergie.

La squamo-crosta è, al tatto, secca in superficie, un po' molle in profondità quasi fosse costituita di lamelle di sapone; quel che importa ricordare è che si tratta di un eczema del quale la fase primaria di essudazione può essere assai ridotta e passare inosservata. Le squame sono amicrobiche e come quelle dell'eczema non contengono nessuna flora.

Nella falsa tigna amiantacea di Alibert l'alopecia sopravviene tardivamente perchè la squama tiene aderenti i capelli sulla cute e sopravviene per lo più in seguito ad un traumatismo causato dalla spazzola o dal pettine che staccando la crosta porta via anche i capelli e forma così la chiazza alopecica che può essere grande anche quanto la palma di una mano, con la pelle di aspetto bianco o roseo.

Non si può confondere questa forma morbosa con il favo del cuoio capelluto perchè nella forma eczematosa di cui si parla il capello è sano, non decolorato; la pelle sotto la crosta è integra e l'evoluzione del processo si sarà svolta in qualche settimana mentre un favo, delle stesse dimensioni, dovrebbe rimontare a qualche mese se non a qualche anno.

Non si può confondere con la psoriasi perchè sotto la squama la cute si presenta di colorito più o meno bianco mentre è rosso-scura nella psoriasi la quale poi non è mai seguita da alopecia; potrebbe essere facile scambiare questo eczema con una impetigo alla fase secca: aiutano però nella diagnosi la mancanza d'inoculazioni secondarie al viso e la grande dimensione ed il piccolo numero delle zone malate. Durante la fase di essudazione si consiglino lavaggi frequenti con acqua di Alibour; durante la fase squamosa secca una pomata cadica a 1/3 da applicarsi tutte le sere in piccola quantità: nell'uomo si toglierà la pomata l'indomani con una saponata, nella donna si pulirà con ovatta imbevuta di liquore di Hoffmann diluito a metà con acqua.

Se non si osserverà il malato che ad alopecia costituita si evita la diagnosi errata di area Celsi, ricordando che quest'ultima è sempre spontanea e mai preceduta da una fase crostosa.

La guarigione della falsa tigna amiantacea è rapida, i capelli ricrescono completamente, ma le recidive possono prodursi ogni anno od ogni due anni.

A lato del tipo su descritto ve ne è un altro che si osserva qualche volta nei bambini all'età della scuola; in quest'ultimo però la crosta si presenta come un impiastro di sapone nero secco, è molle e brunastra e non ricorda per nulla la squama fogliacea della falsa tigna amiantacea: in questo caso inoltre i capelli ricrescono con estrema lentezza tantochè dopo sei mesi non sono ancora tornati al normale. L'inizio di questa forma è sconosciuto: non è dato di osservarla che al periodo crostoso; la cura è la stessa che nella falsa tigna amiantacea.

Un altro tipo di eczema (?) seguito da alopecia è dato da una forma assai rara e molto diversa dalle precedenti: tale forma è quasi una curiosità patologica ancora ben poco studiata.

Si presenta come una lesione circinnata con l'aspetto di una psoriasi anulare, con la crosta grassa e fine, con inizio ai margini del cuoio capelluto e con estensione periferica; mentre la lesione si estende alla periferia guarisce al centro lasciando però, ove è passata, una alopecia bene netta: i capelli ricresceranno assai lentamente, ma si ignora se completamente. Il ritmo e l'aspetto ricordano quello delle lesioni parassitarie ed in particolare delle tricofizie animali, però l'esame microscopico il più scrupoloso non rivela alcun parassita.

Indicata in questa forma, del resto assai rara, è l'applicazione di alcool iodato 1/10 e di pomate cadiche ad 1/3.

V. MONTESANO.

Il trattamento degli angiomi mediante la neve carbonica.

(LORTAT, JACOB e LEGRAIN. *Paris Médical*, n. 25, 23 giugno 1923).

Fra i trattamenti attualmente in uso (ablasione chirurgica, elettrolisi, radiumterapia e crioterapia) gli AA. danno la preferenza a quest'ultimo perchè assolutamente innocuo, facile e seguito da rapido risultato.

Basandosi su osservazioni istologiche e cliniche hanno osservato che il freddo con applicazioni lievi e poco prolungate dà una semplice dermite con flitteni ed edema che non lascia cicatrici.

Applicazioni di 15-30 secondi di durata determinano clinicamente congestione, flitteni seguite da croste che cadendo lasciano cicatrici perfettamente piane; istologicamente si trova una distruzione di cellule epidermiche, un abbondante infiltrato leucocitario e una *netta obliterazione vasale.*

Applicazioni di più di 30'' determinano una escara che lascia una cicatrice meno elastica di quella risultante da un'azione meno prolungata.

Nel trattamento degli angiomi quindi l'optimum d'azione sarà ottenuto usufruendo dell'azione trombosante, azione che può essere paragonata a quella esercitata sui vasi dai raggi β del radio.

I migliori risultati si hanno negli angiomi tuberosi di dimensioni medie: il tumore e la colorazione scompaiono totalmente. Gli angiomi con ipertrofia fibrosa si decolorano, ma il tumore in parte persiste. Negli a. piani si ottiene una decolorazione apprezzabile ed anche talora completa, ma spesso son necessari dei ritocchi. Negli angiomi delle palpebre, adoperando le necessarie cautele, non si osserva mai ectropion.

L'epoca in cui un angioma dev'essere trattato dipende dall'evoluzione del tumore. Se presenta uno sviluppo progressivo l'intervento dev'essere immediato, se invece non presenta tendenza ad estendersi si può soprassedere, ma l'assoluta innocuità del processo permette di affrettare l'epoca dell'intervento col massimo profitto pel risultato estetico. Gli AA. trattano correntemente bambini tra i 6 e i 12 mesi.

Il freddo si ottiene ponendo a contatto della parte cilindri di adatto diametro di neve carbonica ottenuta con la decompressione rapida dell'anidride carbonica messa in vendita compressa sotto alta pressione nelle note bombole metalliche.

Allo scopo di ottenere facilmente e rendere maneggevoli questi cilindri uno degli A. ha proposto un piccolo apparecchio composto di una serie di cilindri di rame di varia sezione adattabili ad un manico di ebanite munito di un cursore che indica la pressione esercitata. Grazie ad un dispositivo centrale a rete metallica disposto entro il tubo di rame l'apparecchio si carica direttamente.

La superficie da trattare si pulisce con etere o con alcool e si applica il tubo carico di neve esercitando una modica pressione (1 kg.-1 kg. ½). La durata d'applicazione dipende dalla natura dei tegumenti, ma gli AA. raccomandano di non oltrepassare nell'adulto i 30'' e i 20'' nel bambino.

L'applicazione è un po' dolorosa e seguita da una congestione intensa, talora da edema. Si può ricoprire la parte trattata con una pomata all'ossido di Zn da rinnovare nei giorni seguenti. Non applicare medicazioni umide che macerano la pelle. Se si formano flitteni voluminose si possono pungere.

Di rado basta una solta applicazione ed è difficile stabilire un numero preciso di sedute necessarie; gli AA. consigliano di ripeterle ad intervalli di 15 giorni, tempo sufficiente perchè ogni traccia della precedente sia scomparsa.

Sui nei estesi le applicazioni si possono ripetere ogni otto giorni, agendo su punti diversi allo scopo di evitare sedute troppo penose, come avverrebbe trattando una superficie troppo vasta in una solta volta.

PALADINI.

Cheratodermia blenorragica.

(H. KRETSCHMER. *Jour. A. M. A.*, 7 aprile 1923).

È una complicazione molto rara della gonorrea. Si presenta di regola nei maschi, eccezionalmente nelle femmine. È caratterizzata dalla triade sintomatica: uretrite (recente o remota), artrite, ipercheratosi. Di solito l'artrite prende il ginocchio, più di rado il polso, il collo del piede, l'articolazione acromioclavicolare, le vertebrali, ecc.; spesso è multipla.

L'ipercheratosi ha un'estensione variabile, ma predilige il piede, specie la pianta. Nel caso di Brown e Davison e in quello di Jeanselme e Blamontier le lesioni erano limitate al pene. Nel caso di Lindemann la lesione si distribuiva al piede, alla faccia, alle spalle, alle braccia, al tronco, allo scroto, alle natiche, alle gambe; nel caso di Mac Dowell alle ginocchia, alle coscie, alle gambe, ai piedi, al dorso. Raramente è leso l'occhio (irite). Può conseguire notevole atrofia muscolare.

La diagnosi non è generalmente difficile. Si può discutere se la cheratodermia blenorragica non sia altro che una forma di psoriasi, con la quale affezione ha grandissima somiglianza clinica e istopatologica.

Il trattamento va diretto contro i focolai primitivi. Il vantaggio recato dai vaccini è dubbio. Il neo-salvarsan ha dato buoni risultati.

L'A. riferisce un caso di cheratodermia blenorragica, in un uomo di 22 anni, che aveva contratto blenorragia due anni e mezzo prima, e si era curato.

Le lesioni cutanee iniziarono come pustoletto col cento indurito, in entrambi i talloni, sulle gambe, sulle mani, sulle cosce.

Circa sei mesi prima erano divenute tumide e dolenti molte articolazioni, e parecchie di esse non erano ancora guarite, obbligando così alla degenza in letto il paziente, i cui muscoli erano ipotrofici pel disuso. Le articolazioni lese furono quelle delle ginocchia delle caviglie, delle dita del piede destro, dall'anca sinistra, del polso e della mano destra.

Vi era lieve scolo uretrale, privo di gonococchi. Piccole cisti e pustolette si vedevano sullo scroto, sul glande, sul solco coronario, in parte guarite.

Le lesioni più tipiche apparvero più sugli arti inferiori. Due grosse efflorescenze si vedevano sulla gamba destra, e due sulla sinistra. Sul dorso del piede destro vi erano molte efflorescenze, in parte confluenti; sul dorso del piede sinistro erano isolate. Ve ne erano pure in corrispondenza del tendine di Achille, e sulle dita. L'unghia dell'alluce sinistro era corneificata. Il piccolo dito del piede sinistro era corneificato quasi completamente, e non lasciava scorgere traccia di unghia. Cospicue lesioni erano sulle piante di ambi i piedi, le quali presentavano la più avanzata corneificazione, ed apparivano quindi le lesioni più antiche.

Il colore delle efflorescenze era giallo, simile a quello della cera; esse erano dure, non friabili, di grandezza varia da 3 a 4 cm. Alcune lesioni delle piante erano coperte da strutture lamellari.

Sul dorso del piede erano più o meno rotonde, circondate da una zona iperemica. Il colore giallo era più intenso al centro e tendeva al bianco verso la periferia: evidentemente la corneificazione s'iniziava dal centro. Tolta la crosta rimaneva scoperta una superficie umida di colore rossiccio.

La prostata era un po' ingrossata, non dolente; le vescichette erano ispessite. L'esame del sangue mostrava solo una lieve leucocitosi (12.000). Era negativa la R. W., positiva la prova di deviazione del complemeno col gonococco.

Nel termine di qualche mese il paziente non migliorò: poi fu perduto di vista.

DORIA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. BILANCIONI. *La voce parlata e cantata, normale e patologica.* Guida allo studio della fonetica biologica. Volume (N. 13) della Collana Manuali del «Policlinico» di pagine XII-501, con 194 figure originali nel testo. Editore Luigi Pozzi - Roma, 1923. Prezzo L. 35.

Questo splendido libro costituisce una nuova e decisa affermazione del Bilancioni nel campo colturale, del Pozzi nell'industria editoriale.

Ci sia consentito di riportare integralmente la significativa prefazione appostavi dal De Sanctis:

«Naturalmente, questa Prefazione non ha l'inutile compito di presentare al gran pubblico Guglielmo Bilancioni. Se i medici specialisti lo conoscono pel suo *Manuale di Otorinolaringoiatria*, pel suo libro su: *Laringe e Sistema nervoso cerebro-spinale*, la gente colta lo conosce e grandemente lo apprezza per la sua opera medico-storica: *Veteris vestigia flammae*, e pel suo fortunato volume: *La sordità di Beethoven.*

«Nel caso presente la Prefazione non può avere altro scopo che quello di comunicare ai lettori la prima impressione che ho tratta dalla lettura dell'impaginato, e di esporre il mio modo di comprendere e valutare questo libro e il suo Autore.

***

«Man mano che passavano i fogli di questo volume dinanzi ai miei occhi e al mio pensiero, io dicevo con crescente convinzione: qui dentro c'è tutto! E in realtà è così. È difficile immaginare un argomento così studiato sotto ogni aspetto, illuminato in tutte le sue pieghe più nascoste, come questo preso a trattare da G. Bilancioni sulla fonetica biologica sperimentale e sulla semeiotica medica della voce.

«La storia della medicina, la fisiologia, l'anatomia, la glottologia, la fisica acustica, l'arte, la letteratura, la tecnica, tutto questo, ed altro ancora, passa per le industri mani del nostro fecondo scrittore, che tutto utilizza per rendere più completa e più attraente la sua trattazione. Quando poi si aggiunga che il volume ha una veste tipografica lussuosa e illustrazioni e ornamenti degni..... di altri tempi, viene naturale di concludere: questo è un libro scritto e stampato da uomini di passione.

«Si direbbe infatti che Bilancioni scriva per sè, per soddisfare a un bisogno non soltanto

della sua cultura, ma del suo temperamento. Egli ha uno stile ed anche un metodo proprio. Perchè non si creda che invece di una prefazione io voglia fare all'A. un non richiesto elogio, dirò senza sottintesi che lo stile e il metodo son quel che sono; rivelano cioè la sua personalità.

« Il libro non è diviso in Capitoli veri e propri; un semplice numero romano progressivo indica ogni qualche pagina un ulteriore sviluppo dell'argomento. Ma quello che più caratterizza la personalità di questo oto-laringojatra che sembra un erudito uscito dalle tombe del sec. XVII o XVIII, è il bisogno di rendere contemporaneo il pensiero di uomini che vissero a secoli di distanza; questo è il suo travaglio. Si mischi pure l'antico col moderno, si aumenti il « *corpo piccolo* », si moltiplichino le citazioni, divengano pur pletorici Indice analitico e Bibliografia..... lo scrittore è prigioniero della sua erudizione, volevo dire del suo stile, cioè di lui stesso. Sembra che i morti e i vivi lo arrestino ad ogni istante; che risorgano i vecchi medici francesi e tedeschi, ma in prima linea — più vivi di tutti — gli italiani dei secoli XVI, XVII e XVIII. E così riparlano Dante, Leonardo, Galileo, Fabrizi di Acquapendente, Morgagni, Casseri, Santorini..... E in mezzo alle varie voci si riodono storie dei vecchi apparecchi e strumenti, storie di scoperte scientifiche, e molte altre storie di teatro, di eloquenza, di educazione. Perchè poi le voci dei risuscitati non passino inavvertite al lettore frettoloso, cura l'A. di fissarne la traccia con riproduzioni di quadri, fac-simili di scritture, di disegni e con altre succose curiosità.

***

« A proposito di metodo, credetti per un momento che fosse quello che si adopera nelle opere di volgarizzazione. Ma ho dovuto presto ricredermi: niente di tutto questo. È il metodo di Bilancioni. L'animo del volgarizzatore non vi trasparisce.

« In queste pagine ci sono notizie, nozioni, spiegazioni, chiarimenti di ogni sorta; c'è fonetica e tecnica fisiologica, c'è psicologia e tecnica psicologica (quantunque in assai minor misura), c'è patologia e tecnica clinica. Inoltre alcune questioni fisiologiche sono esposte con larghezza, come il meccanismo della funzione laringea, di quella delle ali nasali nel respiro, e delle cavità dei seni, la pneumografia, la spirometria, l'apnea volontaria. E non poche sono le questioni patologiche, su cui l'A. s'indugia con piacere; così l'epilessia laringea in rapporto ai centri laringei corticali, l'audimutismo, il sordomutismo, la balbuzie, la blesità, le anomalie laringee e dentarie, gli spostamenti e le torsioni del tubo laringo-tracheale..... Per una volgarizzazione in verità sarebbe un po' troppo! Infine aggiungerò che l'andatura generale del libro rivela ben poco la preoccupazione dell'A. di far capire le sue cose agl'incompetenti e d'istruire ignoranti o scolari... Compenetrare il vecchio col nuovo, far parlare gli scienziati, i poeti, i pedagoghi, gli artisti in coro, per aggiungere chiarezza ed efficenza all'argomento: ecco la vera preoccupazione del nostro Bilancioni. La linea generale del suo programma è questa: informarsi per informare. Informarsi facendo penetrare dappertutto sguardi circolari e verticali; informare adoperando la sua maniera. Dunque, niente volgarizzazione.

« Come il suo stile, anche il suo metodo è affatto personale. L'abbondantissima bibliografia, divisa per materie, ce ne dà nuova dimostrazione. Non è strano che in un elenco bibliografico di un libro scientifico, d'accanto ad opere di oto-rino-laringojatria, a memorie sulle afasie e sul sistema nervoso e respiratorio, appajano libri e memorie sulla storia del Canto, sul Canto degli uccelli e sul Canto ecclesiastico? Bisogna proprio concludere che Bilancioni si compiaccia di certi ravvicinamenti, come se sentisse nel suo animo di artista tutta la realtà e la volesse perciò d'un tratto tutta abbracciare.

« Non si può dire che un metodo siffatto sia scevro di pericoli; ma l'agile ingegno, le mani esperte, l'illuminato studio fan superare al nostro autore qualsiasi pericolo.

***

« Nessuno davvero oserà tacciare Bilancioni di dilettantismo. Quando egli scrive di tecnica (e qui siamo al di là di ogni dilettantismo), è preciso, completo, originale. Preciso: lo dimostrano le numerosissime e ben descritte figure e le diligenti citazioni. Completo: questo libro contiene esposizioni particolareggiate di teorie, ricerche e apparecchi, non soltanto di antichi, ma anche — anzi precipuamente — di moderni e contemporanei. Passano Vico, Cabanis, G. Müller, Helmholtz..... ma nessuno egli, il lavoratore paziente e sollecito, nessuno egli dimentica. Ai nostri dà il posto d'onore, senza commettere ingiustizie e senza furori nazionalistici; e fa bene. Sfilano infatti coi loro studî, i loro istrumenti, le loro grafiche (dopo Edison, Rousselot, Gutzmann, Fröschels, Panconcelli Calzia) i nostri Biaggi, Gradenigo, Gherardo Ferreri, Giulio

Ferreri, Palmieri, Gavello, Bellucci, Baglioni, Calamida, Patrizi, Bellotti, Mancioli, Dorello, di cui riferisce (illustrandole, come di solito, da gran signore) le vedute sul meccanismo dell'articolazione temporo-mandibolare e riproduce i vari ingegnosi sussidi tecnici.

« Ed è originale; poichè una gran quantità di fatti li ha studiati lui, Bilancioni, sui bambini e sugli adulti normali o malati, sui deformi o sugli operati, su cantanti di ambo i sessi; e una lunga serie di grafici appartengono a lui.

***

« Sono sicurissimo che Autore e Editore trarranno larga soddisfazione da questo volume. Sarà letto da medici, da biologi, da psicofisiologi, da artisti e da quel gran numero di persone che si chiamano colte.

« Gli apprendisti-laringojatri e i dilettanti lo leggeranno anch'essi, ma suppongo che non potranno leggerlo con troppa fretta, se hanno intenzione di trarne un profitto serio. Le citazioni briose, le splendide illustrazioni, le storie di dicitori e di cantanti celebri, evirati o no, saranno sì, per loro, un'attrazione; ma in fin dei conti, si tratta di un'opera altamente scientifica, che richiede famigliarità con la medicina generale, con la tecnica fisiologica e laringojatrica.

« È bene ripeterlo — nel congedarmi dai numerosi lettori — questa *Voce* del Bilancioni è un libro materiato di studi indefessi e sottili, e perciò da leggersi e rileggersi; non è un libro che possa tener luogo di un buon aperitivo. Ma è una *Voce* che squillando ai quattro venti può essere udita da tutti e anche da lontano ». SANTE DE SANCTIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI

FAULHABER e KATZ. *La diagnosi radiologica delle malattie intestinali.* Die Roentgendiagnostik der Darmkrankeiten. C. Marold, Verl-buch-Halle, 1923, pag. 100 Lire 4.50.

Il libro rappresenta la terza edizione di quello di F. (morto), edizione arricchita sotto le cure di Katz. Il libro rappresenta una guida interessante per il radiologo e riassume quanto oggi è noto nel campo delle malattie intestinali e dà criteri per la diagnosi per le malattie dell'intestino, campo quanto mai irto di difficoltà. MILANI E.

O. ALBERTI. *La letteratura radiologica italiana dal 1895 al 1920.* Milano, Tipografia Zerboni, 1923.

Il lavoro dell'Alberti ha il lodevolissimo scopo di far conoscere quanto in Italia si è lavorato in radiologia: moltissimi dei lavori italiani, e alcuni importantissimi, non sono neppure ricordati nei lavori stranieri per la mancanza davvero sentita di un lavoro che succintamente compendiasse quanto si era scritto sui più vari argomenti radiologici. In Germania esisteva il Gocht, come succintamente i tedeschi chiamano la rivista della letteratura tedesca compilata da Gocht: abbiamo finalmente anche noi un lavoro che per il nobile scopo che si è proposto non deve mancare sul tavolo di ogni medico colto.

MILANI E.

Il 1° anno di funzionamento dell'Istituto Fotoradioterapico fondato e diretto dal prof. P. Stanziale. Resoc. 1922-1923. Napoli, R. Stab. F. Giannini. Relazione di C. GUARINI, p. 97.

L'Istituto Foto-radioterapico voluto a Napoli per la volontà tenace del prof. Stanziale, favorito dalle oblazioni numerose delle Banche, dei privati, del Comune, ecc., eretto in ente morale, inaugurato solennemente l'8 gennaio 1922 rappresenta uno degli sforzi più importanti che la pietà e l'iniziativa privata han visto coronato di successo.

L'Istituto ha un reparto di fototerapia e un reparto radiologico ricchi di apparecchi e durante l'anno 1922 ha curato 1543 malati di cui 743 coi raggi, 129 col radio (l'Istituto possiede 40 mmgr. radio elemento), 58 coll'elettroterapia, 67 con la fototerapia, 27 con la crioterapia e 519 sottoposti a ricerche radiologiche. Il Guarini — radiologo capo dell'Istituto — ha fatto di tali malati e di tali ricerche una relazione dettagliata con osservazioni sull'esito delle cure, interessanti per coloro che si interessano dell'argomento.

MILANI E.

L. PORCHERON. *Guide pratique des Villes d'eaux, Stations climatiques, plages marines françaises.* 1 vol. in-8 di pag. 532, con numerose figure. — Parigi, A. Maloine et Fils, edit., 4ª ed., 1923. - Prezzo fr. 10.

Questo libro è destinato ai medici che desiderano essere informati e vogliono illuminare i clienti sulla scelta d'una stazione termale, climatica o marina. Ognuna delle 550 stazioni descritte (della Francia, Corsica, Algeria e Tunisia) lo è secondo un piano metodico: itinerario e vie d'accesso, situazione, popolazione, clima, natura delle acque, indicazioni e controindicazioni, divertimenti, alberghi, medici, ecc. Il libro è indispensabile ai pratici francesi. Sarebbe desiderabile che una pubblicazione del genere vedesse la luce in Italia.

R. B.

La terapia dell'eresipela.

(Studio clinico-sperimentale).

Dott. PIETRINO CASTAGNA
già aiuto negli Ospedali - perfezionato nelle RR. Cliniche di Roma e di Vienna.

La pratica quotidiana rende famigliare a tutti i medici la varietà più comune di eresipela, la eresipela facciale o, apparentemente, spontanea o idiopatica, trasmissibile per contagio, da inoculazione diretta in tutti quelli che portano ferite o altre soluzioni di continuo, anche minime, della pelle.

Tutti sanno che si tratta di una dermatite acuta da streptococco eresipelatoso (Fehleisen) o, più semplicemente, da streptococco piogeno, in quanto che l'opinione moderna è che non esistono differenze essenziali fra il primo e il secondo.

Considerando la eresipela come una delle modalità della infezione streptococcica (è facile dimostrare la presenza dello streptococco nelle sezioni di cute eresipelatosa colorata al bleu di metilene: le catene di cocchi si trovano specialmente entro i linfatici od all'intorno dei vasi sanguigni. E per ottenere il microrganismo dalla cute eresipelatosa Achalme consiglia di disinfettare la cute, coprirla di collodion e quando questo è secco, incidere con una lancetta arroventata, aspirare le prime goccie di sangue, poi spremere la piaga cutanea e raccogliere la sierosità che ne fuoriesce, con cui si fanno le culture) siamo nel vero, nella grandissima maggioranza dei casi, ma giova ricordare che questo tipo di infiammazione cutanea non è attributo esclusivo del detto microrganismo, potendo per eccezione essere dovuto allo stafilococco, al pneumococco, al bacillo tifoso.

La patogenesi è ben nota. Perchè il cocco della eresipela penetri nell'organismo, occorre una lesione della cute e della mucosa. L'eresipela non si diffonde solo dai malati ma anche dai cadaveri. Oltre la lesione ed il virus, occorre che l'organismo presenti un terreno propizio al suo attecchimento e perciò si ritiene che la miseria, le febbri estenuanti, le diatesi speciali abbiano una certa influenza.

La sintomatologia. — Vi è un periodo di incubazione bene accertato dalle esperienze di innesto, che oscilla da uno a tre giorni, ma si possono avere clinicamente cifre, assai più distanziate, come nei casi che esporrò.

La diagnosi della eresipela è semplicissima nei casi usuali, meno facile in certi casi assai miti.

Il limite reciso, frastagliato, ai confini della lesione cutanea, è la nota più caratteristica di essa e serve a distinguerla dal flemmone, dalla linfangite, dall'eczema acuto.

Cura. — La terapia dell'eresipela è varia. È abitudine costante di applicare in loco una sostanza antisettica e tenere quanto più è possibile riparata dall'aria la parte colpita.

Maragliano consigliò l'uso del guaiacolo ed olio a parti eguali e tale applicazione è accolta da molti, essendo nota l'azione specifica del guaiacolo, sopra lo streptococco.

Baccelli consigliò le iniezioni endovenose di sublimato (1-3-5 milligr. al giorno) nelle vene del braccio, ma non ebbe seguito.

Lucke prescrive di lavare la cute eresipelatosa con alcool assoluto od etere prima, e poi pennellare con olio essenziale di trementina varie volte al giorno, procedendo dalla parte sana alla parte malata e fasciare, e in ultimo disinfettare con pomata alla lanolina il punto che si suppone abbia servito di ingresso al virus.

Cavazzini usa pennellature di una soluzione eterea di tannino e canfora.

Silva, pennellature di glicerina fenica all'8 % due-tre volte al giorno.

Klein, pomata all' ittiolo ed etere a parti uguali con il doppio collodion elastico.

La cura generale, con la sieroterapia, proposta dal Marmorek, non ha incoraggiato i medici pratici ad adottarla, perchè molte furono le illusioni prodotte con l'uso dei sieri antistreptococcici, essendosi riconosciuto che detti sieri, preparati sulla falsariga di quello antidifterico, contengono quantità minime di anticorpi capaci di fissare e neutralizzare le tossine elaborate dagli streptococchi e pertanto la loro azione non può essere antitossica, come non può essere battericida, perchè non contengono per nulla le sostanze batteriologiche.

Il che è dovuto al fatto che gli streptococchi esercitano una scarsa azione antigena e perciò riesce difficile immunizzare intensamente verso di essi un animale siero-produttore perchè gli streptococchi isolati dall'uomo sono poco virulenti per gli animali.

Se il Chantmese, che usò il siero di Marmoret in cinquecento pazienti notò spesso un abbreviamento nel decorso del processo mor-

boso ed in qualche caso la guarigione rapida e sicura, la maggior parte degli sperimentatori (Iochmann, Grixoni, Petroski, Bendix, Pontano, Lehnarzt) portano risultati assolutamente negativi. In qualche forma di eresipela migratoria o recidivante venne associata alla sieroterapia da vaccinoterapia specifica. I resultati furono abbastanza incoraggianti, ma non probativi.

Certo date le caratteristiche peculiari dello streptococco che da individuo ad individuo assume fisionomia e proprietà differenti, pure essendo la causa etiologica della stessa forma morbosa, sarebbe forse più logico non l'impiego degli stokvacioni del commercio, ma a trattamento autovaccino-terapico che in senso più ristretto risponderebbe meglio al concetto di specificità.

Così la cura antistreptococcica non ha molto valore pratico, come non ne ha la cura con gli eterovaccini. Gli autovaccini si preparano con grande difficoltà, e dal momento in cui si preleva il materiale a quello in cui si ha pronto ed utilizzabile il vaccino occorre del tempo lungo e prezioso.

Quanto alle cure specifiche si usò nel trattamento della eresipela la sieroterapia eterologa, il latte e le sostanze proteiniche per via intramuscolare con risultati però molto discordi, sia nel trattamento col siero antidifterico (proposto nel 1902 da due medici russi — Clopiro e Tzoietoview — ed usato poi dal Babos, Mastri, Chiodini, Federici, Ferraro, ecc.), sia con la cura del latte e delle sostanze proteiniche per via parenterica, introdotta da Nolf, Soech.

La cura coi metalli colloidali che non avrebbero altro scopo se non quello di provocare nell'organismo un'intensa produzione di leucociti, aumentando così le resistenze organiche, non ha dato, in pratica, dei risultati molto confortanti.

Sicchè il collargolo, preparato per via chimica, e non sempre puro, e l'elettrargolo, preparato per via fisica e richiedente metodi delicatissimi non hanno ispirato molta fiducia. L'electromartiol venne pure usato nella cura della eresipela da medici francesi, ma sono casi sporadici e perciò non hanno incoraggiato in seguito.

Date queste considerazioni, ho voluto esperimentare nella infezione eresipelatosa un nuovo prodotto, entrato nella pratica da pochissimo tempo: il *Trifenil*, un preparato costituito dall'acido-nucleino e da tre derivati fenilici.

Essendo esso usato con successo nelle infezioni tifiche, paratifiche, nevritiche, ed in generale, in tutte le forme tossi-infettive, mi accinsi a sperimentarlo in vari casi di eresipela facciale, di cui una complicata con angina flemmonosa.

Ecco pertanto qualche storia clinica:

OSSERVAZIONE I. — Domenico M., di anni 64, contadino.

17 giugno. — La malattia si è iniziata da quattro giorni: tumefazione della faccia, cefalea, vomiti, delirio.

18 giugno. — Eresipela della faccia posteriore del collo e del dorso. Cefalea, indolenzimento generale. Temperatura 39.8. Iniezione di Trifenil.

19 giugno (sera). — Temperatura 39.2.

20 giugno (matt.). — Temperatura 39. Iniezione di Trifenil.

20 giugno (sera). — Temperatura 38.

21 giugno (matt.), — Temperatura 37.6. Sono cessati i vomiti ed il delirio. Iniezione di Trifenil.

21 giugno. — Temperatura 37.1.

22 giugno. — Temperatura 37. Sono diminuiti i dolori generali.

23 giugno. — Temperatura 37.

24 giugno. — Temperatura 37.

25 giugno. — Temperatura 36.8. L'ammalato si può muovere liberamente. La temperatura si mantiene normale.

OSSERVAZIONE II. — Giulio P., di anni 41, contadino.

12 luglio (matt.). — Inizio della malattia sei giorni prima. Tumefazione della faccia. L'ammalato avrebbe gli occhi chiusi dal giorno avanti.

12 luglio (sera). — Stato attuale: temperatura 40.7.

Eresipela della faccia. Le guancie, il naso, le palpebre sono sede di una tumefazione intensa. L'ammalato soffre terribilmente e delira. Iniezione di Trifenil.

13 luglio (matt.). — Temperatura 39.5.

13 luglio (sera). — La temperatura la sera risale a 40.9 e si mantiene oltre i 40 e vi permane stazionaria fino all'indomani sera. Iniezione di Trifenil.

14 luglio (matt.). — L'ammalato accusa difficoltà nella deglutizione, dolore intenso alle fauci.

All'esame noto: forte tumefazione delle tonsille, secrezione purulenta al pilastro e glottide. Temperatura 40.2. Iniezione di Trifenil.

14 luglio (sera). — Temperatura stazionaria. Iniezione di Trifenil.

15 luglio (matt.). — Temperatura 40. Iniezione di Trifenil.

15 luglio (sera). — Temperatura 39.7. Iniezione di Trifenil.

16 luglio (matt.). — Temperatura 39. Iniezione di Trifenil.

16 luglio (sera). — Temperatura 38.9. Iniezione di Trifenil. Sono attenuati i fatti infiammatori a carico delle tonsille e faringe.

17 luglio (matt.). — Temperatura 38. Iniezione di Trifenil.

17 luglio (sera). — Temperatura 37.5. Iniezione di Trifenil.

18 luglio (matt.). — Temperatura 37.2. Iniezione di Trifenil.

18 luglio (sera). — Temperatura 37.

19 luglio (matt.). — Temperatura 37.
19 luglio (sera). — Temperatura 37.
20 luglio (matt.). — Temperatura 37.
21 luglio (matt.). — Temperatura 37.
Le chiazze sono afflosciate e non si ha più alcuna manifestazione locale dopo il 18 luglio mattina. La temperatura si mantiene al disotto delle norma nei giorni seguenti e le chiazze si desquamano.

Osservazione III. — Michelina G., di anni 56, casalinga.
2 settembre. — La malattia si è iniziata due giorni prima. Cefalea violenta, nausea, indolenzimento generale. Epistassi.
Stato attuale. Eresipela della faccia, naso, fronte, palpebre. Temperatura 40.2. Iniezione di Trifenil.
3 settembre (matt.). — Temperatura 40.
3 settembre (sera). — Temperatura 40.6. All'ispezione retrofaringea si nota un'angina flemmonosa. Iniezione di Trifenil.
4 settembre (matt.). — Temperatura 40.
4 settembre (sera). — Temperat. 39.9. Iniezione di Trifenil.
5 settembre (matt.). — Temperat. 39.1. Iniezione di Trifenil.
5 settembre (sera). — Temperat. 39. Iniezione di Trifenil.
6 settembre (matt.). — Temperat. 38. Iniezione di Trifenil.
6 settembre (sera). — Temperat. 37.8. Iniezione di Trifenil. L'angina è in via di risoluzione.
7 settembre (matt.). — Temperatura 37.5.
7 settembre (sera). — Temperatura 37.1.
8 settembre. — Temperatura 37.
9 settembre. — Temperatura 37.
Le palpebre sin dagli ultimi giorni sono libere, nè si vedono lesioni apparenti.
La temperatura nei giorni seguenti si mantiene normale, l'ispezione non rileva che la presenza di qualche finissima squama, squame che non aumentano. L'ammalato non presenta più alcuna lesione cutanea.

Osservazione IV. — Antonio B., di anni 19, contadino.
7 gennaio. — Si nota una chiazza eresipelatosa che si estende dalla parte posteriore del collo fino alla metà del dorso.
L'ammalato ha delirio, lingua suburrale.
La temperatura del pomeriggio è: 39.8. Pratico un'iniezione di Trifenil.
8 gennaio (matt.). — Il paziente è calmo, non ha delirio. Aspetto generale discreto. Temper. 38.1.
8 gennaio (sera). — Temperat. 39.4. Iniezione di Trifenil.
L'arrossamento della chiazza è stazionario, così pure la tumefazione.
9 gennaio (matt.). — Temperatura 38.
9 gennaio (sera). — Temperat. 37.4. Diminuzione dell'arrossamento e del turgore. Iniezione di Trifenil.
10 gennaio (sera). — Temperat. 37. La parte malata non è più dolente. Notasi desquamazione della chiazza, e lieve arrossamento di essa. Iniezione di Trifenil.
11 gennaio (sera). — Condizioni stazionarie.
12 gennaio (sera). — L'ammalato si sente meglio. Si vuole alzare. La temperatura è 36.8.
13 gennaio. — La temperatura si mantiene normale. Il paziente mangia con appetito. Al collo ed al dorso la pelle è ritornata normale.
15 gennaio. — Il paziente si alza da letto guarito.

Osservazione V. — Marianna S., di anni 22, sartina.
31 gennaio. — La malattia si è iniziata da 3 giorni con mal di testa, febbre alta, preceduta da brividi.
Stato presente: chiazza eresipelatosa sulla guancia sinistra, sul collo, sulla nuca. Temperatura alla sera: 40. Iniezione di Trifenil.
1 febbraio. — Forte turgore alle parti malate che sono molto dolenti ed arrossate. Temperatura 39.9. Iniezione di Trifenil.
3 febbraio. — Temperat. 38.8. L'ammalato si lamenta di forte cefalea. Iniezione di Trifenil.
4 febbraio. — Temperat. 38. Il turgore delle parti tende a diminuire. Iniezione di Trifenil.
5 febbraio. — Temperat. 37.6. Aumenta la tendenza allo scomparire del turgore, dell'arrossamento e del dolore. Iniezione di Trifenil.
6 febbraio. — Temperat. 37.1. L'ammalato non avverte nessun dolore. Le parti malate si desquamano. Non sono più arrossate. Iniezione di Trifenil.
7 febbraio. — Temperat. 37. L'ammalato accusa un certo benessere.
8 febbraio. — Temperat. 36.8. La pelle delle parti malate è ritornata normale.
10 febbraio. — La temperat. si mantiene costantemente normale.
12 febbraio. — Il paziente è guarito ed esce di casa.

Osservazione VI. — Saverio C., di anni 26, fabbro.
12 marzo. — La malattia si è iniziata due giorni prima con forte cefalea e febbre alta.
Stato attuale. — Eresipela interessante il naso e le guancie. Temperat. 39. Iniezione di Trifenil.
13 marzo. — Temperat. 39.4. Iniezione di Trifenil.
14 marzo (matt.). — Temperat. 38.7. Condizioni locali immutate. Iniezione di Trifenil.
14 marzo (sera). — Temperat. 38.6. Iniezione di Trifenil.
15 marzo (matt.). — Temperatura 37.6.
15 marzo (sera). — Temperat. 37.5. Iniezione di Trifenil.
Nelle parti malate è scomparso il turgore ed il dolore. Persiste l'arrossamento della pelle.
16 marzo (matt.). — Temperat. 37. Iniezione di Trifenil.
16 marzo (sera). — Temperat. 37. Notasi forte desquamazione sul naso e nella faccia.
17 marzo. — Temperat. 37.
18 marzo. — Temperat. 36.9. Benessere generale.
19 marzo. — Temperat. 36.7. Assenza completa di fenomeni locali.
20 marzo. — Persiste la temperatura normale, persiste la guarigione delle parti già malate.
21 marzo. — L'ammalato si alza guarito.

Osservazione VII. — Battista V., di anni 70, contadino.
La malattia ha inizio il 20 maggio u. s., quando l'infermo fu colto da brividi forti, intensi, violenti, cui seguì elevazione della tem-

peratura, per cui fu costretto a rincasare presto ed a mettersi a letto.

La notte passò insonne, nella più viva irrequietezza. Verso il mattino avvertì senso di calore e di tensione dolorosa alla regione zigomatica sinistra.

Al mattino volle recarsi al lavoro pur trovandosi in quello stato di sofferenza, ma un'ora dopo dovette rientrare in casa e rimettersi a letto.

La sera del 22 chiamò lo scrivente.

Esaminatolo, constatai, alla regione zigomatica e temporale sinistra una chiazza estesa di eresipela con numerose flittene e vescicole.

La parte è fortemente tumefatta. La temperatura è 40.6. Vi è vomito, vi è delirio.

Il caso che giudicai grave data anche l'età avanzata del paziente. Praticai subito un'iniezione di Trifenil e, localmente, feci applicazioni di impacchi caldo-umidi al sublimato con l'aggiunta di alcool.

23 mattina. — Condizioni piuttosto aggravate. Delirio, vomiti. Polso debole e frequente. Temperatura 40.5. Iniezione di Trifenil.

23 sera. — Condizioni pressochè stazionarie.

24 mattina. — Temperatura 39.8. Diminuito il delirio ed il vomito.

24 sera. — Temperatura 39.6. Iniezione di Trifenil.

25 mattina. — Temperat. 39. Lieve miglioramento nello stato locale e generale. Iniezione di Trifenil.

25 sera. — Temperat. 39.1. Iniezione di Trifenil.

26 mattina. — Temperat. 38. La tumefazione è notevolmente ridotta. È diminuito il dolore.

26 sera. — Temperat. 37.8. Iniezione di Trifenil.

27 mattina. — Scomparsa del gonfiore. Notasi lieve arrossamento sullo zigomo. Temperatura 37.5. Desquamazione della chiazza.

27 sera. — Temperat. 37.4. Iniezione di Trifenil.

28 sera. — Temperat. 37.1. L'ammalato accusa benessere generale. Nelle parti malate non è turgore, non vi è arrossamento.

29 sera. — Temperat. 37. Condizioni locali e generali immutate.

30. — Temperat. normale. L'ammalato mangia con forte appetito.

31. — La temperatura si mantiene sempre normale. La guarigione persiste.

1 giugno. — L'ammalato si alza da letto.

OSSERVAZIONE VIII. — Elena C., di anni 32, maritata, casalinga.

Il 15 maggio, alla mia prima visita presentava il dorso del naso, e la zona limitrofa, fortemente edematosi.

La pelle di colorito rosso-scuro, liscia, tesa, lucente. Al tatto si avverte la cute calda, dolente. Le ghiandole sotto-mascellari sono gonfie. Febbre alta: 39.4. Cefalea intensa.

Faccio fare una cura locale e pratico un'iniezione di Trifenil.

16 maggio. — Temperat. 39.6. Iniezione di Trifenil. Situazione immutata.

17 maggio. — Temperat. 38.4. Iniezione di Trifenil.

18 maggio. — La pelle è meno gonfia, meno arrossata, meno dolente. Temperatura 38. Iniezione di Trifenil.

19 maggio. — Temperat. 37.4. Scomparsa del turgore alle ghiandole, e della tumefazione della faccia. Iniezione di Trifenil.

20 maggio. — Temperat. 37.1. Miglioramento locale notevolissimo.

21 maggio. — Temperat. 37. Iniezione di Trifenil. Non esistono più fenomeni di irritazione locale.

22 maggio. — Temperat. 36.9. L'ammalato si sente bene, ha appetito.

23 maggio. — Temperat. normale.

24 maggio. — Persistono le condizioni normali.

25 maggio. — L'ammalato, guarito, esce.

CONCLUSIONI.

Il fatto precipuo che si nota in queste infezioni, in seguito all'iniezione del Trifenil, è che la temperatura si abbassa e l'abbassamento termico si accompagna sempre ad una remissione dei fenomeni generali.

Si può concludere:

Il *Trifenil* è un medicamento che nella cura della eresipela presenta i seguenti vantaggi:

1) non è assolutamente dannoso;

2) determina una remissione immediata dei sintomi;

3) abbrevia notevolmente l'andamento della malattia.

Anticoli Corrado (Roma), settembre 1923.

BIBLIOGRAFIA.

E. BADELON. *Contribution à l'étude du traitement de l'érésipèle par le colloidal électrique.* Thèse de Montpellier, 1921.

BERNHARDT. *Pachydermie bei habituelles Gesichtserysipel.* Munch. med. Wochenschrift, 10 agosto 1897.

DRESCHFELD. *Allbutt. Lystem of medicine,* Vol. I, pag. 852.

FEHLEISEN. *Die Aetiologie des Erysipéles.* Berlin. Th. Fischer. 1883.

FRIEDRICH. *Pachydermie in Anechluss an habituelles Gesichtserysipel.* Munch. med. Wochenschrift, 11 gennaio 1897.

GASSER. *Abcès du cerveau consécutif à une érésipèle de la face.* Arch. de Médic. et de Pharm. militaires, settembre 1900.

GARNER et THAON. *Paralisie faciale dans l'érésipèle de la face.* Revue neurol., 1904, pag. 186.

HARTMANN. *Ueber die Aetologie v. Eresipels.* Arch. f. Hygiene, 1887, Bd. 7.

LE GENDRE, GUYOT et RENDU. *De la contagiosité de l'érésipèle.* Société médicale des Hôpitaux, 3 giugno 1921.

LE GENDRE et BAUSSENAT. *Des arthrites rhumatismales dans l'érésipèle.* Sociìté médicale des Hôpitaux, 20 gennaio 1893.

JUHEL, RÉNOY e BOLOGNESI. *De l'érésipèle de la face à type pétéchial coupé-rosigne.* Arch. gen. de Médic., gennaio 1884.

MYA. *Localizzazioni iniziali dell'agente patogeno in alcune forme morbose di origine infettiva.* Sperimentale, pag. 473, 1893.

MOSNY. Arch. de Médic. exper., 1890, citato da GUINON: *Trattato di medicina di Charcot, Bouchard et Brissaud.* Trad. ital., volume II, p. 238.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE.

Iscuria e calcolosi.

A. PERRUCCI. — Richiama l'attenzione ad una forma rara di ritenzione vescicale, quella cioè che si verifica per ostruzione da calcolo quando questo ad ogni atto della minzione va ad incunearsi nel collo vescicale, e determinare nel paziente l'impossibilità ad emettere le urine. Se questa evenienza è facile supporla in un soggetto iscurico giovane, una volta scartata l'ipotesi di restringimenti ureterali, non avviene lo stesso quando l'iscuria ha luogo invece in un individuo di una certa età, nel qual caso 99 volte su 100 la colpa viene data sempre alla prostata, qualunque sia il suo volume. È questa tendenza appunto che il PERRUCCI vuole combattere col conforto dei fatti, affermando che anche in soggetti anziani la causa della ritenzione può risiedere in una pura calcolosi, e ciò anche quando si possa constatare contemporaneamente in essi una ipertrofia della prostata.

Egli è quindi del parere che allorquando si è di fronte ad un ritenzionista affetto ad un tempo da calcolosi e da ipertrofia della prostata, sia prudente e doveroso occuparsi prima dell'ablazione dei calcoli e poscia, se sarà necessario, di quella della prostata. Perchè non è improbabile che, con la sola eliminazione dei calcoli, si possa assistere al ritorno normale della minzione, e in tal modo il p. corre un rischio certo assai minore di quello che andrebbe incontro col sottoporlo alla prostatectomia.

A dimostrazione della bontà di questo suo concetto, il PERRUCCI riferisce tre osservazioni sue personali riferentesi appunto ad iscurici affetti ad un tempo da calcolosi e da ipertrofia della prostata.

Nefrectomia per rene policistico.

G. FORNI. — Ha studiato dal punto di vista clinico ed anatomico un caso di rene policistico destro, ed espone a tale proposito alcune considerazioni sulla patogenesi, sulla diagnosi e sulla terapia, presentando un preparato anatomico e altri microscopici. Conclude che se il buon risultato finora conseguito rimarrà persistente, questo caso, aggiunto agli altri felicemente operati da lungo tempo, fra i quali di recente uno operato dal TANSINI, servirà a modificare il concetto della costante bilateralità della lesione e quello dell'indicazione all'intervento operativo: si potrà cioè estirpare con vantaggio il rene riconosciuto malato, facendo le opportune riserve sull'esistenza e funzionalità dell'altro rene.

A. PERRUCCI. — Ricorda un caso di grosso rene policistico, operato nel 1913 dal prof. MONARI, nella persona di una signora di 52 anni, che si è mantenuto guarito fino ad ora. Ne riferisce la storia e l'intervento operativo, e si indugia in alcune considerazioni in rapporto anche al caso prima esposto dal collega FORNI, e mette in vista che anche sotto il riguardo dell'azione deleteria che un rene policistico può esercitare sull'altro clinicamente sano, la nefrectomia sembra indicata, dopo peraltro essersi assicurati della perfetta funzione del rene vicariante.

Undici casi di suppurazioni retroperitoneali acute.

E. ANGELETTI e G. BONANI. — Tutti i casi sono di particolare interesse clinico-pratico e sono seguiti da uno sguardo retrospettivo su le forme cliniche, sulla patogenesi, sulla etiologia, sulla evoluzione, sulla sintomatologia e diagnosi, ed infine sulla cura.

GUIDO M. PICCININI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 24 maggio 1923.

Su di un caso di litofagia abituale.

CAROSSINI G. e VANNUCCI D. — Espongono quanto riguarda la morfologia e la struttura dello stomaco di un individuo mangiatore di sassi sulle pubbliche piazze, morto per malattia intercorrente. È un caso che per la durata del fatto e la natura dei corpi ingeriti, sia per lo studio completo anatomo-patologico non trova riscontro nella letteratura.

La carie dentaria nei bambini e la necessità di un servizio stomatojatrico nelle scuole.

TAVIANI S. — Rilevata l'enorme diffusione della carie nei bambini, ora anche nelle campagne, e la necessità di curare i denti della prima dentizione invece che toglierli, l'O. espone i rapporti fra malattie dentarie, condizioni generali e altre malattie dell'organismo intiero. Parla dei servizi scolastici già esistenti in altre nazioni, alcuni molto sviluppati. Propugna che anche presso di noi si istituisca tale servizio stomatojatrico scolastico, che per ora è ridotto a pochissimi esempi. Nella discussione seguita da parte del prof. ARNONE e del dott. CASTELLINI, è stato ancora più lumeggiata l'importanza di questa istituzione. L'Accademia si associa all'utile proposta.

PETRAGNANI prof. G. — *Ancora sul fenomeno di Arthus.*

PETRAGNANI prof. G. — *Della vitamina* B *in alcuni alimenti.*

Adunanza del 7 giugno 1923.

Pneumotorace artificiale per tubercolosi polmonare in corso di gravidanza.

BUFALINI E. — Si deve soprassedere, in linea di massima, alla provocazione dell'aborto quando c'è la possibilità di attuare un pneumotorace.

Prime ricerche sulla sostituzione dell'olio di oliva al grasso del latte vaccino nell'alimentazione del lattante.

FRONTALI prof. G. — È possibile sostituire in parte od in tutto olio di oliva al grasso del latte vaccino, ottenendo così un assorbimento percentuale di grasso tanto migliore quanto più è completa la sostituzione. Le quantità dell'olio così utilizzato sono assai maggiori di quello consentito nell'uso del burro. La pappa all'olio è un alimento facilmente tollerato nell'allattamento misto fino dai primi mesi di vita, ed in seguito nell'allattamento artificiale durevole di lattanti sani od ipotrofici con funzioni intestinali normali. Nelle affezioni parenterali febbrili in cui non siano compromesse le funzioni digerenti, l'alimentazione con la pappa all'olio può essere seguitata ed anzi giova ad evitare brusche od eccessive cadute del peso. La pappa all'olio non dà risultati favorevoli nelle forme di atrofia grave, nè dopo gravi malattie della nutrizione.

Caratteristiche climatiche del litorale apuano.

LUISADA prof. EZIO — Dalle osservazioni barometriche e igrometriche dell'Accademia Navale risulta che le variazioni di pressione sono sul litorale di Viareggio di circa un terzo minori che a Livorno: notevole la costanza barometrica della primavera-estate a Viareggio, e la mancanza dei piccoli sbalzi giornalieri che si hanno altrove.

SALMON prof. A. — *Nuove vedute sui riflessi.*

Nuovi reperti sull'istologia del tessuto connettivo nell'uomo.

VOLTERRA M. — Nel connettivo adiposo esiste una ricca trama di tessuto reticolare, costituente membranelle delimitanti le cellule adipose, le quali non hanno membrana propria, come si era finora creduto.

Adunanza del 14 giugno 1923.

BURCI prof. E. — *Presentazione di un caso di aneurisma della carotide interna operato.*

L'industria italiana dell'ittiolo in Trentino.

CORONEDI prof. G. e SALVADORI prof. R. — Presentano campioni di ittiolo pari preparato a Mollare (Trentino) e che è ottimo sia dal punto di vista chimico che farmacologico e clinico.

Contributo all'azione farmacoterapeutica di alcuni narcotici, ipnotici e antispasmodici sull'utero.

BACIALLI prof. L. e NICCOLINI dott. P. — Collaborando insieme, clinico e farmacologo, hanno trovato che nei casi di spasmo uterino risponde meglio di tutto la papaverina, anche meglio della morfina. È controindicata la paraldeide in gestazione.

VENTURI T. — *Il bacillo di Radaeli ed i protei.*

Dell'aumentata resistenza alla stricnina di animali stiroidati.

VERNONI prof. G. — Stiroidando delle cavie, e iniettando stricnina in dose letale, manca l'azione stricnica, che si ha invece somministrando tiroidina. L'O. ravvicina questa depressione dell'eccitabilità nervosa all'insensibilità all'anafilassi dell'animale tireoprivo.

LUSENA M. — *Presentazione di preparati di piede di Madura.*

Prof. LUIGI CASTALDI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° agosto 1923.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.

Dott. A. SPANIO. — Le statistiche dimostrano che il flagello della tubercolosi è molto più diffuso e temibile di quello che la comune opinione medica non ritenga; e la provincia di Belluno è fra le più profondamente colpite a causa sopratutto della emigrazione temporanea nei grandi centri industriali della Germania e della Francia.

Data la relativa scarsa efficacia degli attuali metodi di cura a malattia conclamata, lo sforzo dei medici deve appuntarsi sulla direttiva di una precisa diagnosi precoce, allo scopo di sottoporre alle cure adatte il processo morboso prima che esso abbia prodotto lesioni di una gravità che sfida le nostre attuali risorse terapeutiche.

Vari sono gli ostacoli a una precocità della diagnosi: reticenza dei malati intorno ai dati anamnestici, superficialità del medico che attende, per far la diagnosi, il quadro classico al completo, scarsezza dei centri di accertamento radiologico della diagnosi, timori del medico di spaventare le famiglie pronunziando la temuta parola, ecc.

Bisogna inoltre mettersi in sospetto davanti alle bronchiti croniche diffuse in apparenza benigna, alle broncopolmoniti circoscritte.

L'O. si addentra nell'analisi del valore, per la diagnosi precoce, dei vari sintomi clinici, dell'esame degli sputi, della radiologia, delle reazioni biologiche.

Borsite sottoacromiale calcificata.

Dott. S. NICOLIS. — Presenta il radiogramma di un caso di borsite sottoacromiale calcificata. Questa concerne una donna di 38 anni, che da 7 anni soffriva di modici dolori alla spalla sinistra i quali da alcuni mesi, in seguito a faticosi lavori, erano divenuti intensi. Dal medico curante fu diagnosticata una tubercolosi dell'articolazione. In realtà il dolore alla pressione era piuttosto vivo e circoscritto a una piccola zona immediatamente al disotto e all'innanzi dell'acromion. L'esame clinico escludeva una lesione articolare. L'esame radiologico dimostrava numerose piccole macchie intensamente opache nella zona di proiezione anteroposteriore del punto dolente.

L'operazione dimostrò trattarsi di una borsite sottoacromiale con deposizioni calcaree. La borsa

fu asportata. La malata guarì rapidamente. Essa viene presentata dall'O. all'assemblea. L'operazione data da tre mesi; i dolori sono scomparsi.

Contributo alla terapia del carbonchio.

Dott. A. Tulissio. — In breve periodo furono ricoverati nell'Ospedale di Belluno 4 casi di carbonchio: in tre la pustola si era sviluppata all'avambraccio (per scuoiamento e trasporto di un animale infetto) in uno al volto. Questo ultimo caso si presentò di una eccezionale gravità (edema mostruoso del volto che costrinse allo sbrigliamento delle palpebre col termocauterio, setticemia streptococcica concomitante con due localizzazioni a tipo flemmonoso, ecc.).

Tutti i quattro casi furono trattati colla causticazione della pustola mediante il termocauterio, e colla sieroterapia anticarbonchiosa, e finirono tutti in guarigione. Da notarsi che in nessun caso furono usate le iniezioni endovenose di antisettici.

Cisti spermatica in vecchio ottantunenne.

Dott. F. Bogo. — La cisti si era sviluppata nel termine di tre mesi crescendo lentamente fino a raggiungere il volume di un pugno; essa aveva un aspetto del tutto identico a un comune idrocele. La puntura estrasse oltre 150 centimetri cubi di un liquido biancogiallognolo opaco molto simigliante a del latte.

L'esame microscopico lo rivelò gremito di spermatozoi, molti dei quali vivi e dotati di vivacissimi movimenti.

Il vuotamento, seguito dalla iniezione nella cavità di 3 centimetri cubi di acido fenico puro, condusse a guarigione nel termine di poche settimane.

Corpo estraneo (proiettile di fucile militare) incuneato nel bronco di destra - Estrazione - Guarigione.

Prof. G. Pieri. — Presenta un bambino di 6 anni che nello scorso aprile baloccandosi con un proiettile di fucile austriaco, lo mise in bocca e sembrò lo avesse inghiottito. Seguì malessere, febbre. Al quinto giorno l'esame del malato rivelava apnea nell'ambito polmonare di destra e versamento pleurico fino a metà della scapola. La radiografia dimostrò il proiettile incuneato nel grosso bronco di destra.

In narcosi eterea e con malato in posizione di Payr l'O. eseguì una tracheotomia bassa; dopo cauti e ripetuti tentativi con un klemmer introdotto attraverso l'incisione tracheotomica riuscì a mobilizzare il proiettile, che però sfuggiva alla presa ogni volta che si cercava di estrarlo; allora fu arrovesciato in avanti il tronco del malato, a testa bassa, e il proiettile risalì nella trachea, dalla quale fu agevole estrarlo. Alla fuoriuscita del proiettile seguì la espulsione di un fiotto di pus. La incisione del collo fu tamponata; non si mise cannula tracheale.

Venti giorni dopo il piccolo malato uscì completamente guarito dall'Ospedale. S. Nicolis.

II Congresso sulla febbre puerperale.

(Strasburgo, 2-4 agosto 1923).

Dopo una prima seduta, dedicata alla storia ed a comunicazioni diverse, Brouha di Liège ha riferito sulla *eziologia, anatomia patologica* e sulla *profilassi.* Ha messo in rilievo la grande importanza dello streptococco, che si trova nel 50 % dei casi come agente esclusivo; si riscontrano inoltre altri germi (stafilococco, coli, gonococco) raramente allo stato puro, il più spesso invece associati fra loro o con lo streptococco. L'infezione per contagio è la più comune; talvolta però si tratta di infezione esogena spontanea, più raramente di infezione endogena da germi preesistenti nella gestante. Vi sono condizioni che mantengono l'infezione della ferita vaginale in limiti fisiologici, in quanto che la puerpera normale ha poteri di difesa contro questa infezione costante. I concetti sulla febbre puerperale si devono quindi modificare; il germe, di cui si faceva il fattore essenziale e quasi esclusivo della malattia, passa in seconda linea, mentre la nozione del terreno è venuta acquistando notevole importanza. L'O. concepisce la febbre puerperale come il risultato del soccombere dell'organismo nella lotta contro i microbi esterni; l'organismo può soccombere sia per la virulenza dell'aggressore, ciò che si verifica nell'infezione per contagio, sia perchè sotto l'influenza delle alterazioni locali, i germi banali possono acquistare la virulenza od esaltare una virulenza attenuata. Questa concezione indica che l'asepsi e l'antisepsi non costituiscono più le sole nostre armi profilattiche, ma che acquista un valore particolare l'arte ostetrica, che tende a mantenere la resistenza dell'organismo e l'integrità dei tessuti.

La profilassi comprende la lotta contro i germi ed esige l'asepsi assoluta; a tale scopo, si deve realizzare la non-infezione della gestante e la disinfezione di ogni lesione infettiva della gestante stessa, oltre all'asepsi dell'ambiente e degli oggetti. Ogni intervento ostetrico sarà eseguito secondo il rito delle operazioni ginecologiche per via bassa e la vagina, nei casi normali, sarà irrigata solo con soluzioni debolmente antisettiche, per dare maggiore garanzia di asepsi. Si dovrà curare di rispettare e di accrescere la resistenza dell'organismo, mediante la sorveglianza medica sul fegato, sui reni, intestino, il trattamento delle affezioni generali e la disintossicazione. L'arte ostetrica sarà diretta a prevenire ogni complicazione del parto od a porvi subito rimedio. Infine, come in chirurgia, vi è un coefficiente personale dipendente dall'operatore.

Hauch di Copenhagen, mette in rilievo le difficoltà e le incertezze della *diagnosi.* Questa non può essere fatta col solo sussidio della batteriologia o con gli esami citologici; si possono di fatto trovare in vagina diversi microbi ed anche lo streptococco senza che la donna sia affetta da febbre puerperale; così si è anche trovato lo streptococco nel sangue di puerpere sane, mentre l'emocoltura può rimanere negativa in donne che sono realmente affette. Anche la clinica offre dati imprecisi, poichè la febbre puerperale non è unica, ma

rappresenta diverse malattie febbrili provocate da germi diversi ed offre sintomi diversi secondo la localizzazione e l'individuo.

Per quanto riguarda la *profilassi*, l'O. senza insistere sui principî bene stabiliti dell'asepsi, si trattiene su alcuni punti speciali. Il bagno deve essere sostituito con la irrigazione; l'esplorazione, fatta con le regole dell'antisepsi, evitando ogni lesione della mucosa, non è pericolosa, come si è ritenuto; l'uso dei guanti poi, secondo l'opinione dell'O., non ha modificato la morbosità per febbre puerperale, anzi esso può divenire pericoloso, allorchè fidandosi troppo di una sterilità talvolta immaginaria dei guanti, non è connesso con una accurata sterilizzazione delle mani. Gli antisettici sono più dannosi che utili, in conseguenza delle lesioni della mucosa che provocano e che vanno assolutamente evitate. Un importante fattore di infezione può essere costituito dalla rottura prematura delle membrane e dalla ritenzione placentare. Sui microbi piogeni esogeni noi possiamo agire mediante l'asepsi e l'antisepsi, mentre siamo affatto disarmati contro i germi endogeni.

Per quanto riguarda l'aumento di resistenza dell'organismo, si dovrà anzitutto evitare o trattare ogni malattia che venga a complicare la gravidanza, assicurando alla gestante una buona igiene ed una medicazione ricostituente. Nessun aiuto ci può per ora venire da sieri o vaccini.

Sui *mezzi terapeutici*, ha riferito ALFIERI di Pavia. Tali mezzi sono locali e generali. I primi sono destinati ad allontanare ed a distruggere i germi infettanti ancora localizzati nell'apparecchio genitale o nelle vicinanze, i secondi tendono allo scopo ideale di annientare i germi infettivi, anche quando hanno già invaso l'organismo, od almeno a sostenere questo nella lotta di difesa.

La terapia locale comprende i mezzi ostetrici rappresentati dai metodi di disinfezione delle vie genitali, ed i mezzi chirurgici, destinati ad estirpare i focolai profondi, tuttora circoscritti. Ad eccezione dei casi benigni o di quelli acutissimi, si possono distinguere nell'infezione puerperale dal punto di vista del trattamento tre periodi distinti. Nel primo la lesione è circoscritta alle vie genitali, al loro rivestimento mucoso superficiale ed alle soluzioni di continuità determinate dal parto. Nel secondo il processo infettivo, pure essendo limitato all'apparecchio genitale ed alle sue vicinanze, oltrepassa la barriera mucosa, senza invadere ancora l'organismo, oppure, malgrado qualche scarica microbica nelle vie linfatiche o sanguigne, mantiene i suoi focolai essenziali negli organi pelvici. Nel terzo periodo l'infezione invade tutto l'organismo e le localizzazioni pelviche non hanno più che un'importanza affatto secondaria di fronte all'infezione generale.

Durante il primo periodo, la parte principale va data al trattamento ostetrico locale, mentre quello medico avrà il solo scopo di secondare l'azione detersiva locale e di preparare eventualmente i mezzi di difesa nel caso in cui l'infezione ribelle avesse tendenza ad estendersi. Nel terzo periodo invece ogni trattamento locale non ha scopo e deve cedere il posto alle medicazioni generali. Nel periodo intermediario, dopo che i mezzi ostetrici conservatori si sono dimostrati insufficienti, si discuteranno le indicazioni agli interventi chirurgici, come isterectomia vaginale ed addominale, legatura e resezione dei tronchi venosi, laparatomia e drenaggio, colpotomia, apertura dei flemmoni pelvici, ecc. Tali mezzi, sopprimendo i principali focolai del processo infettivo aiutano la difesa dell'organismo; con essi vanno messi in opera i mezzi terapeutici medici. In complesso si deve ritenere che noi non possediamo attualmente alcun metodo sicuro di immunizzazione, ma che dobbiamo usare tutti i mezzi, incominciando il trattamento al più presto e dirigendolo metodicamente con una diagnosi esatta della porta d'ingresso, della sede e della natura del processo.

Nella discussione seguita a tale relazione, HAMM, di Strasburgo, ha riferito su alcune esperienze fatte con vaccini al fenolo, che provocarono ascessi, con accidenti gravi ed anche la morte. A tale proposito, BAR, di Parigi, osserva che detti tentativi sfortunati hanno un vero valore sperimentale, in quanto che dimostrano la sensibilizzazione della donna in conseguenza del parto. Anche esperienze di laboratorio avevano condotto allo stesso risultato, poichè gli streptococchi iniettati in coniglie, senza effetto, provocarono la morte quando vennero iniettati dopo il parto. Tutte queste esperienze dimostrano la fragilità della donna incinta e la grande influenza del terreno nello sviluppo della febbre puerperale; l'anergia alla fine della gravidanza è generale, sia per ciò che riguarda l'infezione puerperale, come per ogni altra infezione.

A. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sull' "adiposità dolorosa".

I sintomi cardinali della malattia di Dercum (H. Curschmann in *Med. Klin.*, n. 27, 1923) sono: imponenti depositi di grasso che forma delle pliche o delle tumefazioni, dolorabilità di questo grasso, alterazioni psichiche di natura depressiva, e adinamia. Non è possibile dividere le malattie in forme diverse, se anche il grasso è talvolta distribuito in forma di tumori nodulari asimmetrici, altre volte in forma diffusa in alcune regioni ed altre volte ancora (la maggior parte dei casi) in forma diffusa a tutto il corpo con prevalenza in determinate regioni (in questa forma è caratteristica la disposizione pendula del grasso sull'addome a modo di un grembiule). Non è neppure possibile di distinguere le diverse forme della malattia di Dercum a seconda delle modalità d'insorgenza dei dolori (spontanei, o alla pressione) perchè esistono tutte le possibili forme di passaggio tra questi due estremi. Spesso sono presenti disturbi trofici, secretivi e (più di rado) vasomotorî, disturbi alcuni a carattere ipotiroideo, altri a carattere ipertiroideo, (anidrosi e iperidrosi, tachicardia e ipertonia, bradicardia ed ipotonia, caduta dei capelli, canizie, tremori, struma, stipsi, anoressia, ecc.). La diagnosi non è sempre semplice: si deve differenziare la malattia dalle nevralgie di origine neurotica o reali, da mialgie, da osteopatie (specialmente l'osteomalacia del climaterio associata ad obesità), da affezioni articolari, e da tutte quelle affezioni del sistema nervoso centrale che determinano fenomeni dolorosi.

La diagnosi esatta è però sempre possibile, se si pensa che nel morbo di Dercum, oltre all'adiposità generale, esistono sempre anche delle raccolte localizzate di grasso, molto dolorose alla pressione (mentre non sono dolenti alla pressione i muscoli, i nervi, nè le articolazioni) e che, oltre all'adiposità e al dolore, esistono sempre adinamia muscolare, disturbi psichici e una serie di sintomi di natura prevalentemente ipotiroidea. Fatta la diagnosi esatta, la prognosi è di solito buona, perchè l'opoterapia tiroidea è in questa malattia efficacissima.

L'autore presenta un caso di malattia di Dercum in cui l'opoterapia tiroidea determinò un rapido miglioramento dei sintomi sia somatici che psichici e in cui la sospensione intempestiva della cura venne seguita da una ricaduta completa.

POLLITZER.

Le coste cervicali.

Se le coste cervicali sono assai frequenti la diagnosi è pressochè radiologica. Dal punto di vista anatomico si distinguono coste brevi e coste lunghe e queste possono essere costituite di due parti riunite da una vera articolazione. Le coste corte possono avere il significato di un allungamento dell'apofisi trasversa sicchè la vertebra cervicale subisce una dorsalizzazione e tra la dorsalizzazione e la costa completa si osservano tutti i gradi di passaggio. In genere è in causa la 7ª cervicale, raramente le altre.

I sintomi dipendono dalla compressione sui nervi e vasi ma la costa può anche decorrere silenziosamente oppure i sintomi sono tardivi: verso 20-30 anni. Si può distinguere:

a) una forma sensitiva in cui predominano i dolori lungo il braccio con irradiazioni lungo la mano;

b) forma motrice con paralisi o paralisi di un gruppo muscolare o di un muscolo (eminenza tenar nel caso di Mouchet);

c) forma circolatoria con sudore, dito morto, disturbi trofici, ecc.

La diagnosi (R. Dupont. *Journ. de méd. de Paris*, 9 febbr. 1923) è in genere radiologica e la diagnosi precoce è necessaria perchè stabilitasi che sia la nevrite è difficile combatterla. Il solo trattamento è il trattamento operatorio.

MILANI.

TERAPIA.

La medicazione ferruginosa nelle anemie.

In uno studio sulle anemie, L. Tixier (*Journ. d. praticiens*, 4 agosto 1923) osserva che i rimedi ferruginosi sono stati a torto abbandonati nella cura delle anemie, mentre essi possono dare buoni risultati. Il protossalato di ferro si prescrive a dosi di 15-20 cg., associato a 5-10 cg. di polvere di rabarbaro, da prendere mattina e sera. Nei dispeptici, è preferibile il tartrato ferrico-potassico; si prescrive: tartrato ferrico-potassico, estratto di rabarbaro e di genziana ana g. cinque e cinquanta cg. di estratto di noce vomica; se ne fanno 100 pillole, da prendere due ad ogni pasto. Agli anemici strumosi e linfatici, si darà il protojoduro di ferro, che ha però l'inconveniente di annerire i denti e di irritare lo stomaco; si può prescrivere: Joduro di ferro g. 5; estratto di rabarbaro g. 6; sciroppo di zucchero g. 300; da prenderne due cucchiai al giorno. Un buon me-

dicamento è anche il lattato, che si può dare come lo joduro, oppure nella formola seguente: lattato di ferro, polvere di rabarbaro, zucchero ana cg. 30; per una cartina da prendere una ad ogni pasto.

Le iniezioni sottocutanee sono dolorose e si consiglia di affondare l'ago in corrispondenza della tuberosità ischiatica, usando dosi deboli (1/10 di cmc.) delle soluzioni concentrate. La formola corrente contiene 5 cg. di citrato di ferro per cmc. di acqua distillata; in caso di anemia intensa si aggiunge un mg. di arseniato di sodio. Il ferro colloidale avrebbe un'azione stimolante sull'ematopoiesi e può usarsi anche per via sottocutanea, come il cacodilato di ferro che si prescrive a dose di tre cg. per cmc., iniettandone 2-3 cmc. al giorno. Sembra però che la via ipodermica sia meno efficace che quella gastrica, forse per trasformazioni che il ferro subisce nelle vie digerenti e che lo rendono più assimilabile.

Qualunque sia il medicamento adottato e la via d'introduzione scelta, si daranno due o tre serie di medicamenti separati da cinque giorni di riposo; se si è scelta la via gastrica, la limonea cloridrica ed il succo di limone assicurano una migliore assimilazione.

fil.

Negli anemici depressi.

Viene consigliata la tintura di Bestucheff (percloruro di ferro secco e liquore di Hoffmann). Si prescrivono XXX gocce prima dei pasti, oppure la seguente pozione: tintura di Bestucheff g. 20; Idrolato di cannella g. 200; Sciroppo di scorza d'arancio amaro g. 40; duetre cucchiai prima dei pasti. Si forma un precipitato di tannato di ferro; la pozione ha un gusto aspro.

fil.

L'idiosincrasia chininica nei malarici.

Il dott. G. Comporti nella *Rassegna internazionale di Clinica e Terapia* (luglio 1923) si occupa delle manifestazioni emorragiche che possono insorgere nel malarico in seguito a somministrazione di chinina. E passate in rassegna le varie teorie emesse per spiegarne la insorgenza conclude che il vero processo patogenetico non ne è ancora dimostrato, e che al momento attuale delle nostre conoscenze possiamo dire solo che emoglobinurie e sindrome emorragiche da chinino avvengono solo nei malarici ed hanno bisogno per la loro estrinsecazione di tre elementi: elemento chinina, elemento malaria, e qualche cosa di individuale, di personale che raramente è ereditario.

I fenomeni di intolleranza da chinino, sia i minimi che i massimi, secondo l'A. non vanno interpretati come fatti di anafilassi, principalmente perchè possono insorgere al di fuori di qualunque preparazione sensibilizzante, perchè non sono inscenati da sostanze proteiche, perchè non lasciano dopo l'ictus l'individuo indenne, perchè infine sono in diretta proporzione con la quantità di farmaco ingerito; ma debbono interpretarsi come fatti di idiosincrasia, che del resto ha molta somiglianza con l'anafilassi.

I disturbi di idiosincrasia sono quasi sempre prodotti dal solfato e dal cloridrato di chinina e solo eccezionalmente dagli altri sali. Cessano con la soppressione dell'alcaloide, di cui sono manifestazioni specifiche e non si ripetono con l'uso del tannato, e, meglio ancora, con la cinconina che rappresentano i medicamenti più razionali e sicuri.

PERSIA.

Il colchico nella gotta.

Secondo Llewelyn (cit. in *Journal des praticiens*, 23 giugno 1923) il colchico nella gotta va somministrato all'inizio, ma però dopo un purgante; se questo non è stato ancor dato, lo si darà con il colchico stesso, p. e., in questa formola: solfato di magnesia g. 4; carbonato di magnesia g. 0.60; citrato di potassio gr. 2; vino di colchico gocce 20; acqua di menta verde gr. 30; da prendersi diluita in due cucchiai di acqua calda, ripetendo la dose ogni ora fino ad ottenere la scarica. In seguito, continuare la somministrazione di questa miscela, togliendone il solfato di magnesia e diminuire la dose quando cede l'infiammazione (dopo 2-3 giorni).

Negli individui anziani la colchicina è sopportata meglio che il colchico; si darà in pillole con sei decimilligrammi di colchicina, 8 mg. di estratto di belladonna e sedici mg. di estratto di noce vomica; una ogni quattro ore; si può anche dare il salicilato di colchicina a dose di un mg. Il colchico sarà prescritto per 6-7 giorni di seguito.

fil.

Trattamento degli inconvenienti della puntura lombare.

Gli inconvenienti della puntura lombare — cefalea, nausea, vomito e vertigine — sono dovuti alla decompressione spinale in conseguenza del trapelamento del *liquor* attraverso la puntura fatta nella regione lombare. In causa di ciò, quando vi è un tumore cerebrale, il cervello viene spinto contro il fora-

me occipitale, chiudendo lo sbocco del quarto ventricolo; ne risulta un idrocefalo interno ed un aumento di pressione, donde i gravi pericoli della puntura lombare in caso di tumore cerebrale.

H. C. Jacobaeus e K. Frumerie (*Acta medica scandinava*, 1923, pag. 102) in due casi in cui i sintomi consecutivi alla puntura erano tali da far temere della vita dei pazienti, ricorsero all'iniezione di soluzione fisiologica nel rachide, introducendone circa 90 cmc. in un caso e 35 nell'altro. I risultati furono ottimi. È strano però che attraverso le due punture non sia trapelato più del liquido, ciò che gli AA. attribuiscono al fatto che, dopo la iniezione di soluzione fisiologica, i piedi del letto vennero alzati ed il trapelamento venne così impedito per forza di gravità. Se tale spiegazione fosse giusta, basterebbe dopo una puntura lombare alzare i piedi del letto per prevenire ogni incidente; comunque, è consigliabile che l'ammalato guardi il letto per un giorno almeno dopo la puntura. *fil.*

SEMEIOTICA.

Capillaroscopia e pressione sanguigna dei capillari in rapporto alla clinica.

G. Vigevani (*Arch. di patol. e clin. medica*, n. 3, 1923) tratta estesamente l'argomento della capillaroscopia e della misurazione della pressione sanguigna nei capillari in rapporto a diversi stati patologici. La capillaroscopia, pur non avendo una grande importanza, può in molti casi fornire dei dati utilissimi perchè essa permette di osservare direttamente la circolazione nei capillari, ciò che può essere importante quando vi si compiano alterazioni funzionali fugaci; i fenomeni capillaroscopici possono anche servire come criterio diagnostico in alcune forme di vizi circolatori.

Più importante si è dimostrato lo studio della pressione nei capillari, eseguito dall'autore in un grande numero di soggetti normali e di ammalati (malattie infettive acute, vizii mitralici, affezioni aortiche, vizii composti, arteriosclerosi e nefriti croniche, affezioni respiratorie ostacolanti il piccolo circolo, morbo di Basedow, diabetici, anemici) per mezzo di un apparecchio da lui fatto costruire.

Nei soggetti normali osservò modificazioni della pressione capillare in seguito a variazioni della temperatura, della pressione dell'aria, dell'elettricità atmosferica; tale constatazione può spiegare i disturbi che soggetti predisposti avvertono in seguito a variazioni dell'atmosfera e spiega la benefica azione dei bagni elettrici o dei bagni di acido carbonico nei soggetti ipertesi.

Nei vizii cardiaci lo studio della pressione capillare fornisce preziosi criterii diagnostici, prognostici e terapeutici.

Nelle affezioni toraciche ostacolanti il piccolo circolo lo studio della pressione nei capillari riesce a dimostrare sperimentalmente il benefico effetto di medicamenti a base di adrenalina e ipofisina. Lo studio della pressione capillare può inoltre fornire dati pregevoli sulla condizione funzionale del miocardio nei soggetti arteriosclerotici e nei malati di sindromi Basedowiane.

L'autore distingue poi una pressione capillare minima ed una pressione capillare massima: nelle malattie infettive acute sono abbassate tutte e due le pressioni, nell'arteriosclerosi e nelle nefriti croniche la pressione minima è molto elevata, mentre la pressione massima è quasi normale fino a che il miocardio è valido; lo scendere della pressione capillare minima al disotto del normale dimostra in questi casi una deficiente energia del miocardio.

Da questi dati risulta chiaramente l'importanza di tali studi per la clinica.

POLL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione esercitata sul sangue da deboli dosi di raggi X applicate sulla milza.

È oggi di grande attualità la questione delle piccole dosi di raggi nella roentgenterapia e mancavano a tutt'oggi misure precise quali possono essere date dallo ionoquantimetro.

C. Vianello (*La Radiologia medica*, 4 aprile 1923), si è proposto i seguenti quesiti: 1) quale è la dose minima di raggi che applicati una volta sola sulla milza è capace di determinare una modificazione nel numero e nella formula degli elementi sanguigni; 2) che cosa avviene quando tale dose venga ripetuta per un certo numero di giorni; 3) se è possibile ottenere delle modificazioni nel numero e nella formula degli elementi sanguigni applicando ripetutamente quantità di raggi inferiore alla dose capace di determinare come minima una modificazione nel numero e nella formula sanguigna. L'A. ha usato le seguenti costanti sperimentali: S. E. 20-25; D. F. 25-30; Filtro 3 mm. di All. 1/5 MA.

Dalle ricerche dell'A. si può concludere che generalmente la dose di 1/3 di H. determina leucopenia; la dose di 1/6 una netta leucocitosi; la dose di 1/12 si manifesta capace di determinare nella maggioranza dei casi leucocitosi, mentre 1/20 in generale non dà più au-

mento nel numero dei globuli bianchi. Sembra quindi il dodicesimo di H la dose minima capace di dare una stimolazione. Quanto alle variazioni della formula aumentano dapprima i polinucleati qualche volta fino a un numero triplo dell'iniziale; i linfociti diminuiscono un po' per aumentare quando i polinucleati accennano a diminuire. Nella seconda serie di ricerche appare che la dose di 1/12 di H, se è stimolante applicata una volta sola, per effetto cumulativo può diventare una dose distruttiva. L'applicazione infine quotidiana di dosi di raggi X tenuissime (1/25 H) tali da non dare, se applicate una sola volta, alcuna modificazione nel numero e nella formula degli elementi sanguigni, possono determinare, se ripetute, una leucocitosi con linfocitosi marcata e aumento delle emazie. MILANI E.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sull'uso dell'ergotina in ostetricia. — Al dott. Antonio Scuteri, Catanzaro:

È da sconsigliare l'uso della ergotina prima che si esplichi il secondamento, perchè può portare ad incarceramento della placenta. Si potrà ricorrervi solo al momento di procedere al secondamento artificiale.

ARTOM DI SANT'AGNESE.

All'abb. n. 5555:

Un buon manuale di ostetricia per levatrici è quello del Cuzzi, riveduto dal Pestalozza, edizione Vallardi. Non è recentissima neppure questa edizione, ma risponde tuttora bene allo scopo.

ARTOM DI SANT'AGNESE.

Al dott. A. C., abb. n. 8406:

Fra i libri elencati consigliamo il trattato di malattie cutanee di Neisser-Jadassolm, quello del Radaeli e quello del Verrotti: quest'ultima opera però è solo al primo volume.

V. MONTESANO.

Nell'ipertricosi. — All'abb. n. 1290-1:

Il metodo più sicuro contro l'ipertricosi è l'epilazione elettrolitica, purchè eseguita con cautela e da persona pratica di questa delicata operazione. Studiare se non vi siano disturbi endocrinici (sfera genitale) e provvedere in conseguenza.

V. MONTESANO.

Gastroenterite acuta afebbrile. — Al dott. D. T. P.:

Una gastroenterite acuta semplice, non febbrile, in un adulto è malattia che dura pochi giorni. Essa corrisponde all'imbarazzo gastrico con fenomeni enterici transitori. Purtroppo sotto tale denominazione si nascondono altre affezioni del tubo gastroenterico o sintomatiche di altre malattie e allora la facile prognosi.... è smentita dal corso della malattia stessa.

T. PONTANO.

Iniezione epidurale per la cura della sciatica. — All'abb. n. 0299:

La soluzione da iniettare è costituita da 10-15 cmc. di soluzione fisiologica alla quale si aggiungono 5 fialette da 1 cmc. di novocaina all' 1 %.

Per la puntura ed introduzione del liquido si adopera un ago per puntura lombare di platino o di nikel, alla quale si innesta una comune siringa di vetro da 20 cmc.

L'iniezione si fa nel canale sacrale attraverso il canale sacrale. L'apertura esterna di questo è posta nel triangolo i cui vertici sono costituiti dalla punta dell'ultima apofisi sacrale e dai quinti tubercoli sacrali postero-interni.

Si pone l'infermo in posizione genu-pettorale o in decubito ventrale mettendo sotto il ventre un cuscino che tenga sollevata la regione sacrale. S'infigge l'ago nel centro del triangolo su accennato con un'inclinazione di 20 gradi in basso dalla perpendicolare della cute e dopo aver perforato il legamento sacro-coccigeo si inclina l'ago ancora di 20 gradi in modo che la punta, sollevandosi, prenda la direzione del canale rachideo; quindi si spinge dolcemente introducendo l'ago ancora per 5 o 6 centimetri. Dopo essersi assicurati che dall'ago non cola nè sangue, nè liquor si innesta la siringa e si inietta più o meno rapidamente.

DRAGOTTI.

All'abbonato n. 0242:

La dose massima della *Yohimbina* varia secondo la tolleranza individuale: generalmente è ammessa la dose di 15-20 milligrammi, ripartita in tre volte durante il giorno.

Gli innesti delle glandole interstiziali finora non hanno che un valore teorico, in quanto le difficoltà pratiche per la fornitura del materiale di innesto non hanno consentito una larga applicazione, che ne dimostri la efficacia reale e non effimera.

Non esiste un trattato sull'onanismo. Il libro che ne tratta più ampiamente è quello di STEKEL: *Onanie und Homosexualität*, con indirizzo schiettamente psicanalitico.

Dr.

VARIA

Prognosi della longevità.

La prognosi della vita dipende dalla conformazione e dalla possibilità di sviluppo dei varii organi: a questi fattori è strettamente connessa la capacità funzionale di questi organi. Importanti sono anzitutto gli organi toracici. La circonferenza del torace è l'indice dello sviluppo dei diametri trasversali di tutto il corpo. La strettezza del torace rappresenta una inferiorità biologica, essa è accompagnata da difetto di sviluppo delle estremità e dei muscoli (dunque ipostenia) e da difettosa estensione della superficie secernente e riassorbente dell'intestino (diminuzione della capacità di digestione). La strettezza del torace predispone alla tubercolosi: 2/3 degli adulti tubercolosi hanno il petto stretto. Importantissima per la prognosi è la morfologia del cuore e dei grandi vasi. Cuori troppo piccoli si possono trovare in individui con torace stretto, con torace normale e con torace largo; negli individui con torace stretto la piccolezza del cuore acquista però un'importanza speciale, perchè in tal caso il loro torace rimarrà sempre stretto essendo la piccolezza del cuore accompagnata da angustia dell'aorta. L'angustia dell'aorta fa sì che l'individuo si trovi per tutta la vita in condizioni di inferiorità biologica; il cuore è sviluppato prevalentemente a destra, nel quadro radiologico prevale la polmonare sull'aorta, e spesso si riscontrano lo stato linfatico, l'anemia, una bassa pressione arteriosa e la tendenza a determinati disturbi endocrini.

Questi individui facilmente soccombono alle infezioni acute e all'infezione tubercolare. Essi presentano spesso delle neurosi vegetative che alla loro volta aggravano l'inferiorità fisica. Un segno costante da cui è possibile dedurre l'esistenza della costituzione patologica ora descritta è la bassa pressione del sangue.

Altrettanto sfavorevoli, per la prognosi, del cuore troppo piccolo e della bassa pressione del sangue sono un cuore troppo grande e una pressione sanguigna esagerata. La prognosi è tanto peggiore quanto più è accentuato l'ingrandimento del cuore, ma è naturalmente anche influenzata dalla causa che ha determinato questo ingrandimento. Un'eccessiva pressione sanguigna è dannosa perchè affatica troppo il cuore, e perchè determina un consumo prematuro dell'organismo (di ciò sono responsabili in special modo le alterazioni vasali). La frequenza del polso è un fattore prognostico importante: sono dannosi tanto la lentezza (insufficiente circolazione del sangue) quanto la frequenza eccessiva del polso (sovraffaticamento del cuore). Naturalmente la prognosi della vita è in rapporto con lo stato dei singoli organi interni: rene (esame dell'urina e prove funzionali), fegato, ecc. Il tenore di vita influisce notevolmente sulla prognosi della vita: esiste un *optimum* di lavoro e di attività, mentre l'attività eccessiva come l'attività insufficiente sono egualmente dannose.

Da questa esposizione si vede come qualsiasi deviazione da ciò che costituisce la norma, sia dal lato morfologico che da quello funzionale, è un elemento sfavorevole per la prognosi della vita.

(T. BRUGSCH. *Med. Klinik*, n. 29, 1923).

POLLITZER.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CASTAGNA PIETRINO. *Contributo alla terapia delle viziature pelviche con la sinfistectomia parziale alla «Costa»*. — Palermo, «La Commerciale», 1923.

ID. *Pelvi-peritonite a grande versamento sieroso e colpotomia d'urgenza*. — Palermo, «La Commerciale», 1923.

ID. *Il chinino nelle donne gravide affette da infezione malarica*. — Palermo, «La Commerciale», 1923.

ID. *Sopra un caso di distocia per stasi fecale*. — Palermo, «La Commerciale», 1923.

GRANATA GINO. *L'impiego in chemioterapia dei derivati del chinino*. — Milano, Martini e Mattazzi, 1922.

GRANDE FRANCESCO. *Sulla riduzione pneumatica delle emorroidi procidenti*. — Milano, A. Rancati, 1922.

GUGLIELMINETTI Y ARRILLAGA. *Acción del clorhidrato de emetina sobre el corazón*. — Buenos-Aires, A. Guidi-Buffarini, 1921.

LUISARDA E. *Modo di azione generale degli agenti fisici sul corpo umano*. — Pisa, Nistri-Lischi, 1922.

LUSENA MARCELLO. *Sul favismo*. — Firenze, E. Ariani, 1922.

MARCHESINI R. *Sull'anofelismo senza malaria e sulla probabile azione profilattica dell'emoglobina animale nei malarici*. — Spoleto, Panetto e Petrelli, 1922.

MODINOS P. *Quand et comment doit-on employer l'Autosérothérapie*. — Alexandrie, F.lli Ventura, 1922.

MONCALVI LODOVICO. *Corea elettrica ed Encefalite epidemica*. — Milano, Stucchi, Ceretti e C., 1921.

MURGIA GIUSEPPE. *Ricerche sperimentali sulle modificazioni vasali da stricnina e sulle vasocostrizioni del sangue e del siero dopo l'avvelenamento stricnico*. — Cagliari, Soc. Tip. Sarda, 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXVI. — Se ed in quali casi possa essere revocato un concorso regolarmente bandito.

« In materia di concorso ai pubblici impie- « ghi non si riconoscono diritti acquisiti se « non a favore di coloro che siano proclamati « vincitori del concorso in seguito al regolare « espletamento delle prove e degli scrutini al- « l'uopo prescritti; ed anche in questa ipotesi « il diritto alla nomina da parte dei vincitori « rimane sempre soggetto a possibili eccezioni « specialmente quando, posteriormente alla de- « cisione del concorso, siano sorti nuovi fatti « che rendano indegno il vincitore di coprire « l'ufficio o costituiscano una ragione di per- « sonale incompatibilità. Certo è, ad ogni mo- « do, che, prima che il concorso abbia rag- « giunto il suo regolare esito finale, la pub- « blica amministrazione mantiene integra la « sua libertà di azione con la facoltà di re- « vocare o di sospendere il concorso, *per rico- « nosciute esigenze di pubblico interesse*, spe- « cialmente nella ipotesi di sopravvenute ri- « forme nell'ordinamento dei pubblici uffici « formanti oggetto del concorso ».

Queste considerazioni generiche sono contenute nella decisione della IV Sezione 3 marzo 1923, n. 194, concernente il concorso per farmacista militare indetto con decreto 24 agosto 1920. Si trattava, allora, di un impiego civile. Essendosi presentati soltanto sei concorrenti di fronte a sedici posti, il concorso fu rimandato; ma sopravvenne la legge 7 aprile 1921, n. 367, la quale soppresse il ruolo civile dei farmacisti militari e lo sostituì con un nuovo ruolo militare di ufficiali chimici-farmacisti, facenti parte del corpo sanitario militare. Di fronte a questa legge, il Ministero della Guerra non potè più dar seguito al concorso indetto l'anno precedente per il conferimento di un impiego civile ormai soppresso, nè era possibile che coloro i quali avevano presentato domanda di partecipazione a quel concorso fossero poi ammessi senz'altro a quello per il ruolo militarizzato.

Questo è il caso deciso dalla IV Sezione. Abbiamo voluto riferirlo esattamente, per evitare eccessive generalizzazioni, che potrebbero essere, in un certo senso, giustificate dalla motivazione troppo generica della sentenza.

Il magistrato risolve e decide casi particolari; anche quando applica o stabilisce principî generali li riferisce ad una determinata specie: tanto meno si può generalizzare sulla base di considerazioni genericamente contenute nella motivazione. Se così non fosse, dovremmo fare non poche riserve circa la esattezza e, sopratutto, la precisione di alcune affermazioni, che, tuttavia, è utile rilevare trattandosi di un argomento assai delicato e importante.

Per effetto della pubblicazione dell'avviso di un concorso e della partecipazione degli aspiranti, si costituisce fra i concorrenti e l'amministrazione pubblica uno speciale rapporto giuridico obbligatorio: nè possono essere variate le norme e le condizioni del concorso, nè l'amministrazione può, senz'altro, liberarsi dall'obbligo assunto di condurre a termine il concorso stesso, senza una *causa legittima*. Ammettere che l'amministrazione « conservi integra la sua libertà di azione con la facoltà di revocare il concorso per riconosciute esigenze di pubblico interesse » ci sembra indubbiamente eccessivo. Anzitutto è da rilevare che la limitazione posta dalla stessa decisione alla facoltà di revoca (riconosciute esigenze di pubblico interesse) dimostra non essere completamente esatta l'altra affermazione che nessun diritto hanno i concorrenti prima che siano proclamati vincitori. Se il concorso può essere revocato qualora concorrano a ciò esigenze di pubblico interesse — e non *ad libitum* — questo stesso limite della facoltà dell'amministrazione dimostra e conferma che i concorrenti hanno il diritto di pretendere che il concorso sia compiuto e raggiunga la sua finalità.

Ma il limite che la decisione stessa riconosce non è posto rigorosamente, a nostro giudizio. La formula ormai abusata delle « esigenze di pubblico interesse » è troppo generica e imprecisa perchè possa essere concretamente controllata: dice troppo e può non dire nulla o, peggio, può dissimulare volontà e intendimenti non ammessibili.

Formule generiche, come questa, rendono illusoria qualsiasi garanzia e favoriscono le più irritanti illegalità intrinseche. Si può ammettere la revoca, ma per causa legittima che la renda *necessaria*.

L'elemento della *giusta causa*, accertata, documentata e controllabile e quello della *necessità* possono legittimare l'annullamento dell'obbligo assunto per effetto della pubblicazione dell'avviso del concorso. Nel caso deciso appariva necessaria la revoca perchè l'*impiego civile*, per il quale il concorso era stato bandito, non esisteva più ed era stato sostituito da un vero e proprio impiego militare, soggetto a speciali ordinamenti.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XVII Congresso dei medici condotti.

Il Congresso dei medici condotti, quest'anno riunitosi a Trieste, ha avuto una importanza notevole perchè ha segnato una svolta decisiva nella vita della fiorente Associazione.

I temi posti in discussione erano parecchi ed interessanti. Ma l'attività del Congresso è stata quasi del tutto assorbita dall'appassionante quistione dell'adesione dell'Associazione ai Sindacati nazionali fascisti.

Nella prima giornata sono state esposte dal presidente Vacino e dal cassiere Carobbio, rispettivamente le relazioni morale e finanziaria, che sono state approvate la prima a maggioranza, la seconda ad unanimità.

Nella seconda giornata si è svolta la discussione sull'adesione ai Sindacati nazionali, cui hanno preso parte in vario senso, oltre il presidente Vacino, varî oratori, tra i quali Zambler, Danioni, Mignoli, Parodi, Schenardi, ecc. La discussione si chiuse con l'approvazione, con voti 3696 favorevoli su 5008 votanti, del seguente ordine del giorno presentato da Mignoli, Parodi, Castelli, Prunas, Catucci, Galletti, Calissano:

« In Trieste redenta il Congresso nazionale dei Medici condotti, con animo commosso e conscio, approva la relazione del Presidente e l'adesione dell'Associazione ai Sindacati nazionali fascisti e passa alla votazione per appello nominale ».

Terminata la votazione la Presidenza propone ed il Congresso approva il seguente telegramma da indirizzarsi al Presidente dei Ministri:

« *A sua Eccellenza Benito Mussolini.* XVII Congresso medici condotti riuniti Trieste italiana, a grandissima maggioranza delibera adesione Associazione nazionale Medici condotti alla Corporazione sanitaria aderente alla Confederazione delle Corporazioni nazionali fasciste e invia entusiastico plauso Eccellenza Vostra vero ricostruttore delle fortune nazionali. *Presidente generale*: Achille Vacino ».

S. E. Mussolini si affrettò a rispondere col seguente telegramma:

« *Dott. Vacino, Presidente generale Associazione nazionale Medici condotti, Trieste.* Adesione Medici condotti alla Corporazione sanitaria mi giunge particolarmente gradita perchè rafforza quadri intellettuali Fascismo. Ringrazio e ricambio vibrante saluto. Mussolini ».

Conosciuti i risultati della votazione viene comunicata una lettera dei vice-presidenti dottori Frassetti, Luraschi, prof. Patricelli, i quali rassegnano le loro dimissioni pel nuovo indirizzo impresso dal Congresso all'Associazione. Le dimissioni sono accettate e si procederà alla sostituzione con nuovi membri.

Quindi il dott. Frassetti, a nome dei rappresentanti della minoranza, contraria all'adesione ai Sindacati nazionali, tra gli applausi generali lesse la seguente dichiarazione:

« I rappresentanti delle Sezioni o gruppi di soci che hanno votato per sostenere la apoliticità dell'Associazione, visto il risultato della avvenuta votazione, inspirati ad un alto principio di disciplina, deliberano di fare opera presso i rispettivi rappresentati perchè abbiano a rimanere in seno all'Associazione stessa ».

Il Consiglio di presidenza, ridotto a quattro membri per le dimissioni di quattro e morte di uno, viene completato con la elezione di Campoli, Cocito, Mantovani, Tonelli, Parodi.

Sulla quistione della provincializzazione o statizzazione delle Condotte, sulla quale riferirono Delanchis e Zampetti, ci fu anche discussione, che si chiuse con la dichiarazione di Vacino di impegnarsi presso l'on. Mussolini, perchè in occasione della predisposta riforma amministrativa sia sistemata anche la posizione dei medici condotti.

Infine furono approvati i seguenti ordini del giorno:

« Il Congresso delibera, nei rapporti fra medici condotti e semi-abbienti, di lasciare libere le Sezioni di decidere fra le Mutue a notula e gli abbonamenti limitati, sempre — però — quando non sia possibile ottenere il pagamento a notula diretto ed immediato ».

« Il Congresso, ritenendo essere primo nostro dovere concorrere a lenire le conseguenze delle lesioni riportate dagli eroici nostri combattenti, invita i soci a prestare gratuitamente l'opera loro occorrente quando i lesionati siano in condizioni economiche disagiate ».

« Il Congresso invita l'Associazione a dare il massimo contributo all'azione di appoggio nella lotta contro la malaria ».

« Il Congresso, considerato che l'opera del medico condotto sarà altamente più efficace come azione preventiva e profilattica per la vigilanza igienica e sanitaria se la quotidiana costante propaganda sarà integrata da conferenze pubbliche, semplici, alla portata di tutti, direttamente al popolo, in merito alle principali norme igieniche e di profilassi, invita le Sezioni a promuovere dai loro soci il più zelante e fattivo concorso in questo senso ».

Le iniezioni ipodermiche e la Cassazione.

La Corte di Cassazione di Roma ha recentemente confermato il concetto che l'iniezione ipodermica costituisce un'operazione per la quale occorrono speciali cognizioni professionali, proprie dell'arte medica, tant'è che non può escludersi la possibilità di un pericolo, anche grave, per il paziente, in conseguenza di una iniezione malamente eseguita: e conclude che « .... praticare quest'ultima *con o senza autorizzazione, con o senza diploma* da parte di levatrici, non solo è illecita concorrenza alla professione del medico ma è attribuirsi una *responsabilità e un diritto* che la legge vuole siano direttamente dipendenti dalla laurea e non da altro titolo ».

(Da *L'Avvenire Sanitario*).

MEDICINA SOCIALE.

Pro lebbrosi.

Riceviamo:

UN APPELLO AI COLLEGHI.

Si è costituita: *L'Opera Francescana di soccorso «Pro Leprosis»*. Essa fa capitale assegnamento sul cuore, su la scienza, e su la collaborazione dei medici, i quali sono interpreti competenti delle orribili sofferenze dei soggetti straziati dalla lebbra, e possono più che altri apprezzare l'abnegazione dei poveri Missionarii, che finiscono spesso vittime della mortale infezione. Il martirologio degli apostoli dei lebbrosi, aperto il 15 aprile 1889 alle Molokai col nome celebre del P. Damiano Deseuster, è già tristamente ricco: attualmente non pochi, religiosi e suore, consumano lentamente il loro sacrificio in quelle stesse lebbrosarie, ove accorsero pochi anni or sono pieni di vita e di fede!

La popolazione dei lebbrosi tuttora viventi su la superficie della terra può computarsi a parecchi milioni! Negli ultimi anni il pericolo è aumentato: la scienza, pur troppo, non riesce sinora a guarire il flagello.

Il terzo Congresso internazionale scientifico su la lebbra, inaugurato il 28 luglio scorso a Strasburgo, ha rilevato la necessità d'intensificare lo zelo di tutti i Governi civili, per la lotta contro la malattia tremenda, che non conosce frontiere. Ma le misure profilattiche, caldeggiate in questo ultimo e negli altri precedenti Congressi internazionali, non possono avere attuazione pratica nelle regioni sterminatissime ed in paesi non ancora civili abbastanza per un controllo sanitario rigoroso e per una organizzazione difensiva, così come sembrerebbe facile in teoria. È in queste lande di sparpagliamento che l'infezione mortale si perpetua, propagandosi per contagio ed in linea discendente: quivi precisamente si svolge quasi ignorato il compito titanico delle anime volontarie, che fra stenti incredibili ricercano e curano i miseri dalle carni a brandelli, veri cadaveri ambulanti, come li chiamava Basilio di Cesarea, e nel tempo stesso difendono la civiltà dal pericolo lebbroso.

Pro Leprosis oportet charitatis alere flammam.

Vogliano i miei generosi colleghi far proprio questo motto con cui si annunzia lo Statuto dell'«Opera»; ci aiutino con l'amorevole propaganda, la illustrino con opportune conferenze, compiano questo dovere di pietà cristiana, che è pure dovere di gratitudine verso coloro che si santificano sostituendosi a noi e beneficando sino al sacrificio della vita.

Al direttore dell'Opera Francescana *Pro leprosis* il rev.mo P. Cipriano Silvestri O. F. M., Collegio S. Antonio in Roma, via Merulana, 124, ognuno potrà inviare l'obolo *Pro leprosis*, e chiedere schede per adesioni, storia e statuto, necessarii alla buona diffusione della filantropica impresa.

Prof. dott. VINCENZO D'AMATO
Docente di Dermatologia nella R. Univ. di Roma.

Profilassi della malaria.

Ad una interrogazione dell'on. Fontana, diretta ai ministri dell'Interno e dell'Economia nazionale (cfr. fasc. 38, p. 1247), è stato risposto rilevando:

1° per quanto concerne l'obbligo dei proprietari terrieri di fornire il chinino ai lavoratori delle zone malariche, che voler sostituire il concetto del reddito imponibile a quello dell'estensione delle terre significherebbe colpire i proprietari più solerti, i quali provvedono alla coltura intensiva, per premiare i neghittosi, generalmente grandi terrieri e latifondisti;

2° che per quanto riguarda la revisione delle zone malariche, nulla vi si oppone: viene sempre dato sollecito corso a tutte le proposte di revoca o modifiche, fatte pel tramite dei Prefetti;

3° che non sarebbe opportuno di mettere a carico dei Comuni la spesa del chinino, per non aggravare i bilanci, per non far ricadere su tutti i contribuenti la spesa e per non indurre i Comuni a limitare od ostacolare gli acquisti e la distribuzione del rimedio;

4° che la collaborazione dei proprietari e conduttori di aziende nella distribuzione del chinino è già ammessa ed accettata; ma il servizio non può essere affidato unicamente al loro criterio: esso va fatto dal Comune per mezzo del personale sanitario.

Fattori sociali dell'epidemia malarica in Russia.

Dati precisi sulla diffusione della malaria in Russia negli ultimi anni mancano. Solo dal 1920 il Commissariato della Salute pubblica ha cominciato a ricevere dati isolati, i quali però depongono per un aumento straordinario della diffusione della malaria, tanto che ormai essa vince in diffusione ed in letalità tutte le altre malattie epidemiche; i malarici si contano a decine di milioni; l'estivo-autunnale ha raggiunto località nordiche, come Mosca e Pietrogrado.

Le cause principali di questo fenomeno epidemiologico sarebbero:

a) la deficienza e qualche volta la mancanza assoluta del chinino nei luoghi più colpiti; perciò la popolazione non potè essere chininizzata nel periodo invernale-primaverile, quando cominciano le forme di recidiva malarica;

b) la diminuita resistenza organica degli abitanti in seguito alle cause generali di denutrizione;

c) l'abbandono dei lavori di bonifica, che ha portato la comparsa di molti impaludamenti.

(Cfr. *Annali d'Igiene*, 1923, p. 359 e 371).

M. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto radiologico ed elettroterapico; L. 6250 e quattro aum. decimo, due c.-v., compartecip. utili. Scadenza ore 17 del 10 novembre. Età limite 40. Servizio entro 1 mese.

CAPOSELE (*Avellino*). — Scadenza 10 nov. L. 4500, oltre L. 1000 quale uff. san.

CARPINETO ROMANO (*Roma*). — Scad. 31 ott., 1° reparto, L. 7000 e doppio c.-v.

CISON DI VALMARINO (*Treviso*). — Al 5 nov.; lire 6000 e 2 c.-v. di L. 2400; quale uff. san. L. 500; per trasp. L. 1800 elevab. a L. 2500 se cavallo o automezzo.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san.; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, indenn. c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FONTANETO D'AGOGNA (*Novara*). — Al 31 ott.; lire 4000 resid., addiz. di L. 5 oltre i 340 pov. (1/10 della popolaz.), L. 2000 cav., c.-v., L. 700 se uff. san., 5 quinquenni decimo.

FOSSATO SERRALTA (*Catanzaro*). — L. 6000 e quattro sessenni decimo; L. 1200 cav.; L. 600 uff. san.; nomina subordinata accettazione capitolato. Scad. ore 12 del 1° nov. Schiarimenti dall'Ufficio comun.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

GRANDOLA (*Como*). — Consorzio. Stipendio capitolato-tipo. Aumenti; caro viveri; L. 500 per uff. san. Scad. 31 ottobre.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. 4 nov. Per Montiano. L. 9000 e sessenni decimo per la res. e cura poveri; doppio c.-v.; L. 200 indenn. malaria.

MONFUMO (*Treviso*). — Concorso medico aperto fino al 30 ottobre 1923. Per informazioni rivolgersi al Municipio. Il Sindaco: Candido Toscan.

RIESE (*Treviso*). — A tutto il 31 ott. L. 6000 per mille poveri e L. 2 addizion.; trasp. L. 1800; se uff. san. L. 700; due c.-v.; abitazione (canone di L. 500).

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 nov. avrà inizio nella Scuola di Sanità militare di Firenze un corso di sei mesi per aspiranti alla nomina di tenente medico in S. A. P. Il numero dei posti è di 50. Vedi fasc. 28.

ROMA. *R. Università.* — Assistente all'Istituto d'Igiene; vedi fasc. 42.

SIRACUSA. *Congregazione di Carità.* — Concorsi a chirurgo primario ed a direttore del Laborat. di chimica clinica, microscopia e batteriologia presso l'Osped. Civile Umberto I; età lim. 50; per il chirurgo biennio di aiutato in Ospedale in seguito a pubbl. conc. od in Clinica univ. Serv. entro 15 g. Docum. all'Ufficio (via Nizza, 104) non più tardi del 15 nov. Iscrizione Albo. Chiedere annunzio.

SPINETE (*Campobasso*). — A tutto ottobre, cond. L. 3000 (*sic*), doppio c.-v., speciale tariffa per gli abbienti, 4 quinquenni decimo, L. 500 per uff. san.; residenza fissa. Età lim. 39. Stato di fam. Iscriz. Ordine. Accettaz. entro 8 giorni, serv. entro 20.

UDINE. — V e VI Reparto (esterni). Stip. base L. 8000 per 1500 pov., elevabile fino a L. 14,000 al 22° anno di servizio; addizion. L. 3; doppio c.-v.; L. 3000 cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp. Scad. ore 17 del 30 novembre.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre, uff. san. nel Comune di S. Donà di Piave. Stipendio L. 12,000 e aumenti periodici; c.-v. stabiliti per gli altri impiegati del Comune; indenn. per mezzo di trasporto come per i Medici condotti; indenn. malaria L. 800; indenn. a *forfait* per trasferte nel territorio del Comune al di fuori del Capoluogo L. 2000 annue. Rivolgersi alla Prefettura.

BORSE DI STUDIO.

Presso l'Istituto di M. S. fra Medici e Farmacisti di Roma e Provincia è istituita una borsa di studio di L. 500 annue da assegnarsi ad orfano od orfana di Medico o Farmacista per la prosecuzione degli studi superiori.

Lo stesso Istituto ha a disposizione per una vedova di Medico o Farmacista una abitazione gratuita.

Per informazioni e per la consegna delle domande rivolgersi al Segretario dott. Piccioni Arnaldo, piazza Barberini, n. 49 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. comm. Giovanni Lorenzini, direttore generale dell'Istituto Biochimico Italiano, è nominato grande ufficiale della Corona d'Italia.

Il prof. Walter Friedrich, fin'ora direttore dell'Istituto radiologico della Clinica ginecologica di Friburgo, è chiamato in qualità di ordinario alla cattedra di radiologia testè istituita a Berlino, con annessa direzione dell'Istituto di radioterapia.

Il prof. Huebschmann, direttore dell'Istituto patologico dell'Ospedale di Zwiekan, è chiamato, quale ordinario, alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica dell'Accademia Medica di Düsseldorf.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIX Congresso italiano di Medicina Interna.

Riportiamo qui il programma dei lavori:

Mercoledì 24 ottobre: Ore 10. - Inaugurazione del Congresso della Società Italiana di Medicina interna e della Società Italiana di Chirurgia. (Questa sola seduta inaugurale avrà luogo nell'Aula Magna della R. Università di Roma, Palazzo della Sapienza, via dei Sediari).

Ore 11.30. - Riunione del Consiglio direttivo.

Ore 14.30. - Rivista sui «Progressi della diagnostico e terapia delle Malattie di cuore» (prof. A. BARLOCCO).

Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato circolatorio; 2) Apparato emopoietico; 3) Malaria.

Giovedì 25 ottobre: Ore 9. - Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

Relazione: *Parte medica:* Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle pancreatiti ed infezioni biliari (prof. F. SCHUPFER). — Sulle leggi fisico-chimiche che presiedono alla formazione dei calcoli (prof. C. ALESSANDRI, Firenze).

Parte chirurgica: Infezioni delle vie biliari - Colecistiti (prof. CROSTI, Milano). — Infezioni delle grosse vie biliari con particolare riguardo alle pancreatiti (prof. MUSCATELLO). — Discussione della Relazione.

Ore 14.30 - Continuazione della discussione sulla Relazione.

Comunicazioni riguardanti: Fegato e vie biliari.

Ore 19. - Conferenza del prof. E. MARAGLIANO sulla: Vaccinazione preventiva della Tubercolosi.

Venerdì 26 ottobre: Ore 8. - Seduta privata della Società di Medicina interna col seguente ordine del giorno:

1) Relazione finanziaria e morale per l'anno 1922-1923; 2) Rinnovazione delle cariche sociali; 3) Sede e temi del XXX Congresso; 4) Comunicazioni della Presidenza.

Ore 9. - Relazione sul: Diabete insipido e ricambio idrico (prof. MAURIZIO ASCOLI). — Discussione della Relazione.

Ore 14.30. - Comunicazioni riguardanti: 1) Ricambio materiale; 2) Ghiandole a secrezione interna; 3) Apparato urinario.

(Le comunicazioni riguardanti la cura del diabete, e specialmente l'azione nell'insulina, saranno raggruppate e precedute da una esposizione sintetica del prof. VITTORIO ASCOLI).

Ore 18.30. - Riunione del Consiglio Direttivo.

Sabato 27 ottobre: Ore 9. - Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato respiratorio; 2) Tubercolosi; 3) Apparato digerente; 4) Malattie infettive e Batteriologia; 5) Sierologia.

Ore 14.30. - Comunicazioni riguardanti: 1) Terapia e Farmacologia; 2) Semeiologia e Radiologia; 3) Tumori; 4) Sistema nervoso; 5) Ossa; 6) Varie.

Ore 18.30. - Chiusura del Congresso.

Per le riunioni, le gite, gl'inviti di enti e d'istituti, il banchetto sociale e quanto altro potrà, al di fuori dei lavori scientifici, svolgersi con la partecipazione dei Congressisti, sarà cura del Comitato tenere informati i Congressisti stessi mediante avvisi affissi nella Segreteria o all'ingresso dell'Aula delle sedute, o inseriti in appendice agli ordini del giorno.

Congresso internazionale di Storia della Medicina.

La Società internazionale di Storia della Medicina ha preannunziato un Congresso a Ginevra dal 20 al 25 luglio 1925. Ne sarà presidente il dott. Cumston e segretario generale il dott. A. de Peyer (Genève, rue du Général Dufour, 20).

Congresso Internazionale di Oftalmologia sospeso.

Il Comitato esecutivo del Congresso Internazionale di Oftalmologia del 1925 ha deliberato che esso non si effettui, pel fatto che la «Soc. Française d'Ophtalmologie», la «Soc. d'Ophtalmologie de Paris» e la «Soc. Belge d'Ophtalmologie» hanno deciso di non intervenire al Congresso se vi saranno invitati gli Oftalmologhi tedeschi e ciò in opposizione a quanto fu stabilito nel Congresso adunato a Washington nel 1922.

Congresso delle levatrici.

Si è tenuto a Bologna nello scorcio di settembre. Alla seduta inaugurale parlarono i proff. Poggi, Rava, Pazzi, il dott. De Socio, le signore Dini e Malacarne.

Furono approvati ordini del giorno per il riconoscimento giuridico degli Ordini, per l'autorizzazione alla qualifica di ostetriche, per l'autorizzazione a praticare le iniezioni ipodermiche di qualsiasi sostanza se prescritte dal medico, ecc.

Corsi di insegnamento pratico per medici.

È aperta a tutto il 30 novembre l'inscrizione ai Corsi di insegnamento pratico per medici presso la Direzione medica dell'Ospedale Maggiore di Milano, via Ospedale, 5.

I corsi di insegnamento pratico avranno inizio il 5 novembre; comprenderanno:

a) Lezioni di anatomia patologica, di igiene e tecnica ospitaliera e dietetica obbligatorie per tutti gli iscritti ai corsi (corsi annuali da novembre a giugno);

b) Lezioni di medicina interna, chirurgia e medicina operatoria, specialità (neuropatologia, urologia, oftalmologia, otorinolaringologia, dermosifilopatia, pediatria, ecc.) (corsi annuali da novembre a giugno);

c) Esercitazioni pratiche giornaliere di medicina interna, di chirurgia e medicina operatoria, di specialità (neuropatologica, pediatrica, urologica, oftalmoiatrica, otorinolaringoiatrica, dermosifilopatica, ecc.) nelle Divisioni Ospitaliere, alle quali gli iscritti saranno assegnati in numero non superiore a 10 per ogni divisione e ciò perchè possano veramente addestrarsi nell'esercizio pratico della professione;

d) Corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche (aprile-maggio).

Per l'iscrizione ai corsi annuali ed alle esercitazioni pratiche in una divisione o di medicina o di

chirurgia o di specialità coll'obbligo di frequentare rispettivamente tutti i corsi di lezioni della branca nella quale sono iscritti, oltre i corsi di cui la lettera *a*) è fissata la tassa di L. 100.

Pei corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, sarà ammessa l'iscrizione anche a singoli di essi, mediante la presentazione del diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Agli Studenti degli ultimi anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a seconda delle norme regolamentari ospitaliere vigenti, sarà concesso, dietro domanda, senza il pagamento di alcuna quota, di frequentare i corsi e di prender parte alle esercitazioni nelle infermerie alle quali saranno assegnati.

Sarà anche ammessa la loro regolare iscrizione ai corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche dietro pagamento delle quote fissate, con eventuale diritto ad attestati.

Chiedere programmi.

Corsi di microbiologia, immunologia e serologia.

L'Istituto Sieroterapico Milanese terrà un corso di immunologia e sierodiagnostica, il quale si svolgerà nel novembre 1923 e avrà la durata di due settimane; nonchè un corso di microbiologia, che si svolgerà in marzo ed aprile 1924 e avrà la durata di un mese: l'uno e l'altro con intendimenti eminentemente pratici.

Per programmi e norme d'inscrizione rivolgersi all'Amministrazione, via Antonio Lecchi, Milano (24).

Per gli Istituti medici di Roma.

Una Commissione della Facoltà di Medicina di Roma, composta dai proff. Bignami, Versari, Dionisi, Caronia e dell'ing. Pieri Buti, ha richiamato l'attenzione del presidente del Consiglio, on. Mussolini, sull'urgente necessità che siano completati i lavori degli Istituti di Patologia generale, Anatomia patologica, Anatomia normale e Clinica pediatrica. L'on. Mussolini ha dato affidamenti, entro i limiti consentiti dal bilancio.

XXV anno di laurea.

I laureati in medicina e chirurgia dell'anno 1898 a Padova, si aduneranno in questa città il 18 novembre p. v. per festeggiare il loro 25° anno di laurea.

Coloro che desidereranno di prender parte a tale convegno inviino la propria adesione al seguente indirizzo: Dott. Ermanno Ongania, S. Canciano, 6063, Venezia.

Radunata: alle 10-11 del mattino al Caffè Pedrocchi.

In onore del prof. Leonardo Bianchi.

Presso l'Università di Napoli si è costituito un Comitato, presieduto dal rettore prof. Miranda, con lo scopo di onorare il sen. Bianchi istituendo un premio in neurologia e psichiatria, intitolato al grande Maestro. Le schede di sottoscrizione e le somme raccolte vanno indirizzate al comm. Eugenio Palazzi, Economo della R. Università di Napoli.

Il prof. P. Alessandrini in Argentina.

La Legazione della Repubblica Argentina presso il Quirinale comunica che il prof. Paolo Alessandrini di Roma ha dato parecchie conferenze a Buenos Aires molto interessanti e che è stato accolto dai suoi colleghi argentini con dimostrazioni di viva simpatia. Tale gradita notizia procurerà piacere ai numerosi amici del prof. Alessandrini, il quale contribuisce in forma così efficace alla diffusione, nell'Argentina, del prestigio della scienza medica italiana.

La malattia delle Principesse reali.

L'infezione tifoide che ha colpito le Principesse Mafalda e Giovanna ha tenuto in viva apprensione tutto il nostro Paese. Con compiacimento registriamo la guarigione definitiva delle due gentili e beneamate Altezze.

Premio per l'insulina.

Il Parlamento del Canadà ha assegnato una pensione annua di 7500 dollari (più che 150,000 lire) al prof. Banting in premio del preparato *insulina*, da lui ottenuto dalle isole di Langerhans del pancreas, per la cura del diabete.

Conferenza.

Il dott. Max Thoreck, di Chicago, ha tenuto nella Clinica chirurgica di Roma una conferenza illustrata da proiezioni sul tema: «La funzione endocrina e nuovi metodi di trapianto del testicolo: risultati clinici ed istologici con omo ed eterotrapianti». Ne daremo prossimamente un riassunto.

I funerali del sen. Foà.

L'8 ottobre ebbero luogo a Torino i funerali del sen. Pio Foà, deceduto il 6 nella sua casa in corso Valentino, a Torino.

Furono un vero plebiscito di condoglianze, commosse e spontanee.

Il Foà era nato a Sabbioneta, presso Mantova, nelle turbinose giornate del '48; si era laureato a Pavia; giovanissimo compiva un corso di perfezionamento a Strasburgo dal Recklinghausen. Professore di anatomia patologica prima a Modena, e poi a Torino, l'augusta città del Piemonte divenne la sua patria di elezione.

Si è spento a Napoli il prof. comm. TEODORO D'EVANT, docente di anatomia, per molti anni incaricato di embriologia, chirurgo negli Ospedali Riuniti in Napoli, ove si fece apprezzare per la sicurezza e l'abilità operatoria. Lascia interessanti pubblicazioni di anatomia, embriologia e chirurgia. Fu anche appassionato cultore dell'arte musicale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal Am. Med. Assoc., 5 mag. — D. LEWIS. «Myositis ossificans». — G. STRAUSS. Emoperitoneo da corpo luteo rotto.

Ann. di Clin. Med., 15 feb. — G. PARRINO, G. DI MACCO. Fisiopatologia del cuore. — S. LATTERI. Sulle morti improvvise da cloroformio.

Spitalul, mag. — G. MARINESCO, PAULIAN e S. DRAGANESCO. Arterite nodosa sistematizzata. — D. DANIELOPOLU. Importanza del metodo grafico in clinica.

Wien. Klin. Wochens., 10 mag. — H. SCHLESINGER. Etiologia della tisi senile.

Riforma Med., 11 giu. — D. REITANO. Ematogenesi nella leucemia granulocitica.

Bull. d. Sc. Med., mar.-apr. — G. FORNI, A. PERRUCCI. Reni policistici. — E. ANGELETTI, G. BONANI. Suppurazioni retroperitoneali acute.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., giu. — Numero sulle affezioni cutanee.

Stomatol., mag. — C. CAVINA. L'anestesia locale in chirurgia dentale.

Riforma Med., 18 giu. — S. MONGINI. La rigidità ipertonica e la labilità tonotropa dell'atrio destro negli individui vagotonici.

Mediz. Klinik, 17 giu. — E. JOËL. Il cocainismo.

Lancet, 16 giu. — E. W. EDEN. La durata della gravidanza nell'aspetto medico-legale.

Paris Méd., 16 giu. — Numero sulla ginecologia e l'ostetricia.

Sperimentale, I-II. — D. VANNUCCI. Tumori del cuore. — F. PENTIMALLI. Registrazione dei movimenti intestinali nelle stenosi.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 16 giu. — L. CARDENAL Y PUJALS. Tentativi di ringiovanimento.

Presse Méd., 16 giu. — F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT e A. FEIL. L'essenza di trementina ha un compito patologico tra i pittori?

Brazil-Méd., 26 mag. — G. DE FARIA. Sulla «Leptospira convyi» sc. sp. in un caso di dengua.

Liguria Med., 1 mag. — E. MARAGLIANO. Encefalite diffusa non purulenta.

Ann. di Ostetr. e Ginec., mag. — E. SANTI. Esame rettale in travaglio di parto. — R. COSTA. Speciali sostanze del sangue in stati patologici e nella gravidanza rilevate da una facile reazione.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 17 giu. — G. QUARTI. Paralisi gen. pr. coniugale.

Boston Med. a. Surg. Journ., 7 giu. — J. LOWELL BURNETT. Mortamine o fattori difettosi dei cibi.

Prensa Med. Argent., 20 mag. — J. PALACIO. Metabolismo della colesterina.

Pensiero Med., 9 giu. — E. MORO. Frizioni percutanee di ectebina nella tbc.

Scalpel, 16 giu. — GOBEAUX. Esame radiologico dei calcoli biliari.

Journ. Nerv. a Ment. Discase, giu. — M. ASTWAZATUROW. Origine filogenetica dei riflessi.

Journ. d. Prat., 16 giu. — R. BENSAUDE e P. OURY. I nuovi metodi di trattamento delle emorroidi.

Münch. Med. Wochens., 22 giu. — O. BUMKE. Neurologia e psichiatria. — W. SCHMIDT. Sulla diagnosi di lue latente. — R. LANDERER. Le coliche intermittenti da aderenze dopo l'ulc. duod.

Pathologica, 15 giu. — G. SANGIORGI. Emanazione del radio ad emolisi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Nostre edizioni pei Signori abbonati al "Policlinico,,:

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (Doctor Justitia)

LA LEGISLAZIONE SANITARIA
:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

N.B. - Coloro che intendono non restare sprovvisti di questa veramente utile opera compilata dal nostro compianto redattore, in seguito alle insistenti premure ricevute dai lettori del «Policlinico», debbono affrettarsi perchè l'edizione volge al termine. Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **12,75** in porto franco.

Dott. MARIO FLAMINI
Medico nel Brefotrofio Provinciale, assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma
Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in-8, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio L. **20**, ma per gli associati al «Policlinco» sole L. **16,50** franco di porto.

Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
Medico della Famiglia Reale, Direttore e Primario del Preventorio per latanti «E. Maraini». Medico primario nell'Ospedale infantile «Bambino Gesù». Docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile

Terza edizione
completamente rifatta e notevolmente ampliata
Prefazione di **AUGUSTO MURRI**

Un volume in-8, di pag. VIII-488, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **30.75** in porto franco.

Prof. dott. GIOACCHINO FUMAROLA
Docente e primo aiuto nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Roma.

Diagnostica delle Malattie del Sistema nervoso

Prefazione e due capitoli
del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

PARTE GENERALE: un volume in-8 di pag. VIII-352, in carta di lusso, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo e 8 tavole, fuori testo, a colori. Prezzo L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **36.**

PARTE SPECIALE: **SISTEMA NERVOSO PERIFERICO.** Un volume di pag. 242, con 67 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **28.** Per i nostri abbonati, sole L. **24.75.**

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI
Libero docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università.
Chirurgo Primario negli ospedali di Roma.

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume di pag. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo

In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **36** in porto franco.

Prof. **LUIGI FERRANNINI** della R. Università di Napoli

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica-

Indicazioni-Prescrizioni
igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pag. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58.** Per i nostri abbonati sole L. **50** franco di porto.

Prof. CARLO BASILE
Diplomato in medicina tropicale al Royal, College of Phisicians a. Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. **VITTORIO ASCOLI**
Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del «Policlinico», di pag. XII-262, stampato su carta semipatinata con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo **L. 33.** Per i nostri abbonati sole L. **28** in porto franco.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI
Dirigente il Reparto di Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle F.F. S.S. in Roma.

Prontuario dell'igienista

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma

Manuale compilato con criteri eminentemente pratici ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.

Un volume in-8, di pag. XVI-564, stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici e rilegato artisticamente in tutta tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **52.** Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **45** franco di porto.

Dott. Prof. A. ROMAGNA MANOIA
Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

I disturbi del sonno e loro cura.

Prefazione del **Prof. GIOVANNI MINGAZZINI**
Direttore della R. Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma

Un volume in-8, di pagine VIII-196, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. — In commercio L. **18** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. **15.75** in porto franco.

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI
Docente di Fisiologia nella R. Università di Roma

Cardiografia ed Elettrocardiografia Angiografia

Prefazione del Prof. S. BAGLIONI
Direttore dell'Istituto di Fisiologia nella R. Università di Roma

Un volume in-8, di pag. VIII-168, nitidamente stampato su carta semipatinata con 64 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **20.** Per i nostri abbonati sole L. **16.75** franco di porto.

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI
Docente di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Univ. di Roma

Prontuario di Terapia Ostetrica

VADEMECUM DEL MEDICO PRATICO
Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Roma.

Un volume di pag. VIII-294, in formato tascabile della nostra «MEMORANDA», nitidamente stampato su carta distinta con 77 figure ed una tavola a colori nel testo ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile. Prezzo L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **15.90** franco di porto.

Prof. Comm. GIACINTO QUARTA
già Medico aiuto negli Ospedali di Roma
Lib. Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma

Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?

(GUIDA PRATICA PER INFERMIERI ED INFERMIERE)
Terza edizione
accuratamente riveduta e notevolmente ampliata
con 104 figure intercalate nel testo.

Prezzo L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **15** franco di porto.

Per ricevere quanto sopra inviare il relativo importo mediante cartolina vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, Num. 14 — ROMA

ANNO XXX — Roma, 29 ottobre 1923 — Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE REGINA ELENA - TRIESTE
RIPARTO DERMOSIFILOPATICO (Prof. NICOLICH).

Pericoli da arsenobenzoli e loro profilassi

per il dott. ITALO LEVI, assistente.

Non mi sembra inopportuno di trattare questo importantissimo argomento appunto in quest'epoca in cui si diffonde per il mondo (forse un po' scoraggiato per i diversi casi di morte avvenuti negli ultimi anni, in seguito all'uso di arsenobenzoli) la notizia di maggiori o minori successi ottenuti nella cura della sifilide, con l'uso dei sali di bismuto: non mi sembra inopportuno, dico, di parlare ora appunto di quanto si è fatto e si continua a fare nel mondo scientifico, per venire a conoscenza delle cause di certi improvvisi incidenti che avvengono durante e dopo l'uso di arsenobenzoli; poichè dati i meravigliosi ormai indiscutibili successi di questi, ritengo altrettanto importanti i lavori di quegli autori che non scoraggiati da incidenti o insuccessi, rari relativamente al numero complessivo delle iniezioni, affrontano il non facile problema delle origini e della profilassi di tali incidenti, che i lavori di quelli che trattano dei nuovi antiluetici, dei quali, per il momento almeno, fortunatamente, non si sente urgente bisogno.

Che sui pericoli degli arsenobenzoli (premesso naturalmente che vengano usati con le necessarie cautele) si sia talvolta esagerato, lo dimostrano alcune recenti statistiche, tutt'altro che sconfortanti e di cui mi sia permesso riportarne qualcuna.

Dal rapporto della Commissione per il Salvarsan dell'« Allgemeinen Aerztlichen Vereins » di Colonia, compilato dal Meyrowsky, risulta che su 13,000 iniezioni di Alt-Salvars., 40,954 iniezioni di salvarsan-sodico e 172,000 di Neosalvarsan, si ebbero complessivamente 20 casi di morte, cioè un caso di morte su 11,289 iniezioni.

E precisamente: un caso di morte su 13,000 iniezioni per l'uso di Alt-Salvarsan.

Un caso su 20,000 iniezioni per l'uso del Salvarsan sodico, non superando la dose di 0.6, e invece un caso di morte su 1250 usando dosi più forti.

In seguito all'uso di Neosalvarsan si ebbe soltanto un caso di morte su 162,972 iniezioni non adoperando dosi superiori al 0.6; invece oltrepassando questa dose, bisognava calcolare un caso di morte su 3000 iniezioni. Apparve quindi evidente la necessità di non superare mai la dose di 0.6!

Risultò inoltre che i casi di morte colpirono uomini e donne in eguale proporzione; stranamente quasi la metà delle morti avvennero dopo la 2ª o 3ª iniezione.

È degno di nota il fatto che 2/3 dei casi di morte per encefalite (che formano la metà di tutti i casi di morte per Salvarsan) erano dovuti all'uso di dosi troppo elevate; altrettanto dicasi per i casi di morte in seguito a dermatite (che formano 1/4 della mortalità totale).

Mac Nee riferisce su 75.000 casi trattati in un anno con Arsenobenzoli negli ospedali di Londra, e rileva, che s'ebbero soltanto 10 casi di morte e 77 di malattie varie dovute agli arsenobenzoli: cifre secondo me abbastanza rilevanti, ma che l'autore invece giudica minime.

Ho voluto fare anch'io una statistica delle iniezioni endovenose eseguite nel VII riparto del nostro Ospedale e dirò subito, che essa è molto confortante e migliore della precedente.

Dal 1909 a tutto il 1922, furono eseguite complessivamente 26,648 iniezioni, con un solo caso di morte certamente dovuto al Salvarsan.

Furono eseguite precisamente: Tra il 1909 ed il 1910, 933 iniezioni di Alt-Salvarsan con un caso di morte per encefalite emorragica in un malato che alla sezione fu trovato affetto da gomme del fegato. Il caso fu poi anche pubblicato dal dott. Favento.

Dal 1911 al 1922 si praticarono 25.715 iniezioni di Neos. (di cui ben 12,955 dal 1919-1922 cioè nel dopo guerra) senza alcun caso di morte, se si accettua un caso, non chiaro, sul quale mi soffermerò brevemente.

Ardizzon Maria di 65 anni, da Chiozza, venne ricoverata il 13-1-1921 nel VII riparto di questo Ospedale per sifilide papulosa recente: l'esame degli organi interni non diede nulla che fosse degno di nota; notevole arteriosclerosi periferica; esame delle orine negativo per albume e per zucchero. Fu assoggettata alla cura combinata di neosalvarsan e calomelano che tollerò ottimamente: s'ebbe per prima cura 7 iniezioni di Neos. a dosi crescenti di 0.15, 0,30, 0.45 e poi 4 iniezioni di 0.6, praticate alla distanza di una settimana l'una dall'altra. La seconda cura venne eseguita ambulatoriamente alcuni mesi dopo: le furono praticate 8 iniezioni di calomelano e 6 di Neos, tollerate anche questa volta benissimo. Ripresentatasi l'ammalata appena dopo un anno, nel luglio 1922, con condilomi lati ai genitali, (Reazione Wassermann positiva intensa + + +) in vista dell'età avanzata dell'inferma e dell'ateromasia, si decise di praticare le iniezioni endovenose di Neos. senza sorpassare la dose di 0.3, benchè avesse tollerato mesi addietro benissimo anche la dose di 0.6. Essa tollerò senza il minimo disturbo la prima iniezione di 0.15 e le successive quattro iniezioni di 0.3.

Il giorno 26 agosto l'ammalata si presenta in buone condizioni generali per ricevere la sesta iniezione di Neos. 0.3. L'iniezione viene praticata come sempre in soluzione concentrata (1 cmc. per ogni dose 0.15 di Neos.). Due minuti circa dopo l'iniezione, mentre l'inferma stava per abbandonare l'edificio dell'ospedale, cade a terra in deliquio; immediatamente soccorsa, la si trasporta di nuovo nell'ambulatorio del VII riparto: la sua faccia è cianotica, il polso piccolo e frequente, la respirazione è superficiale, appena percettibile; le si pratica all'istante la respirazione artificiale ed un'iniezione sottocutanea di un cmc. di adrenalina in soluzione all'1 %, putroppo però senza alcun risultato: soltanto la cianosi della faccia è scomparsa. L'ammalata muore pochi minuti dopo (senza aver mai ripreso i sensi).

Dirò che con la stessa soluzione preparata addirittura (come usiamo far sempre) per parecchie iniezioni, furono trattati anche altri malati senza che ne risentissero il benchè minimo disturbo, per cui va assolutamente escluso che si fosse trattato di un'insolita tossicità del medicamento.

L'esame necroscopico fu completamente negativo. (Prosettore dott. Ferrari).

Come si vede, in questo caso non si può con sicurezza ascrivere la causa della morte al Neosalvarsan e difatti non si può escludere che la morte sarebbe avvenuta anche senza l'iniezione: mi si obietterà però: «post hoc, ergo propter hoc». Ora, volendo proprio ascrivere la causa della morte al Neos. bisognerebbe pensare ad una morte per choc, in seguito ad un'improvvisa depressione arteriosa in conseguenza dell'iniezione: depressione che spesse volte si riscontra dopo iniezioni di arsenobenzoli: ad ogni modo la causa della morte, mi sembra, sia rimasta oscura.

Eccezione fatta per qualche reazione di Herxheimer, per qualche eritema, qualche singolo ittero e qualche lieve crisi nitritoide, casi questi tutti guariti, non si ebbero a deplorare altri inconvenienti da arsenobenzoli.

Se oggi l'Ospedale di Trieste può compiacersi di una statistica così confortante, lo deve indubbiamente all'avvedutezza dell'Illustre prof. Nicolich, il quale esortando i suoi as-

sistenti ad esser cauti nell'uso degli arsenobenzoli, proibendo loro prudentemente di sorpassare la dose di 0.6 (già in un tempo in cui l'uso di dosi elevatissime che sorpassavano talvolta il grammo, aveva i suoi strenui difensori) e consigliandoli anche per questa dose, intervalli di almeno 10 giorni, certamente contribuì ad evitare agli infermi ed a loro moltissimi guai.

Passiamo ora ad esaminare i pericoli ai quali ci si espone con l'uso degli arsenobenzoli.

Hofmann discutendo in un suo lavoro, sulle diverse teorie esposte a spiegazione dei casi di morte dovuti agli arsenobenzoli, crede i pericoli sieno dovuti:

1° Ad invasione di batteri nell'organismo in seguito a non accurata preparazione della soluzione.

2° Alla reazione di Herxheimer.

3° Alle intossicazioni.

4° Ad idiosincrasia.

5° A recidive del sistema nervoso.

Paul Ravaut distingue i pericoli in:

1° Danneggiamenti dovuti ad errori di tecnica (infiltrati, imperfetta soluzione del preparato).

2° Fenomeni di reazione della sifilide e precisamente: Febbre e reazione di Herxheimer quali manifestazioni generali; neurorecidive, chancre redux ed in alcuni casi ittero, quali manifestazioni locali.

3° Disturbi umorali, che si distinguono dalle manifestazioni d'intossicazione perchè appariscono durante o subito dopo l'iniezione e scompariscono poi rapidamente e completamente: cioè: malessere, vomito, formicolio alle estremità, disturbi addominali, gusto d'etere in bocca, accelerazione della respirazione e del polso. Inoltre disturbi dovuti alla vasodilatazione, e precisamente: eritemi, irregolarità della respirazione e senso d'ambascia, fenomeni del tutto simili a quelli che si osservano ispirando del nitrito d'amile, da cui la denominazione, dovuta al Milian, di crisi nitritoide.

4° Fenomeni tossici, i quali si manifestano appena dopo parecchie iniezioni e scompaiono molto lentamente, quali alterazioni del fegato, albuminuria ed esantemi.

Mi sia permesso di presentare l'annesso schema (v. pag. seguente) nel quale ho cercato di elencare il più esattamente possibile i varii pericoli cui si può incorrere durante una cura con arsenobenzoli.

Trattero ora questo argomento, secondo lo schema esposto: sugli errori di tecnica non c'è nulla da dire: è doveroso evitarli e si evitano senz'altro usando di una tecnica perfetta.

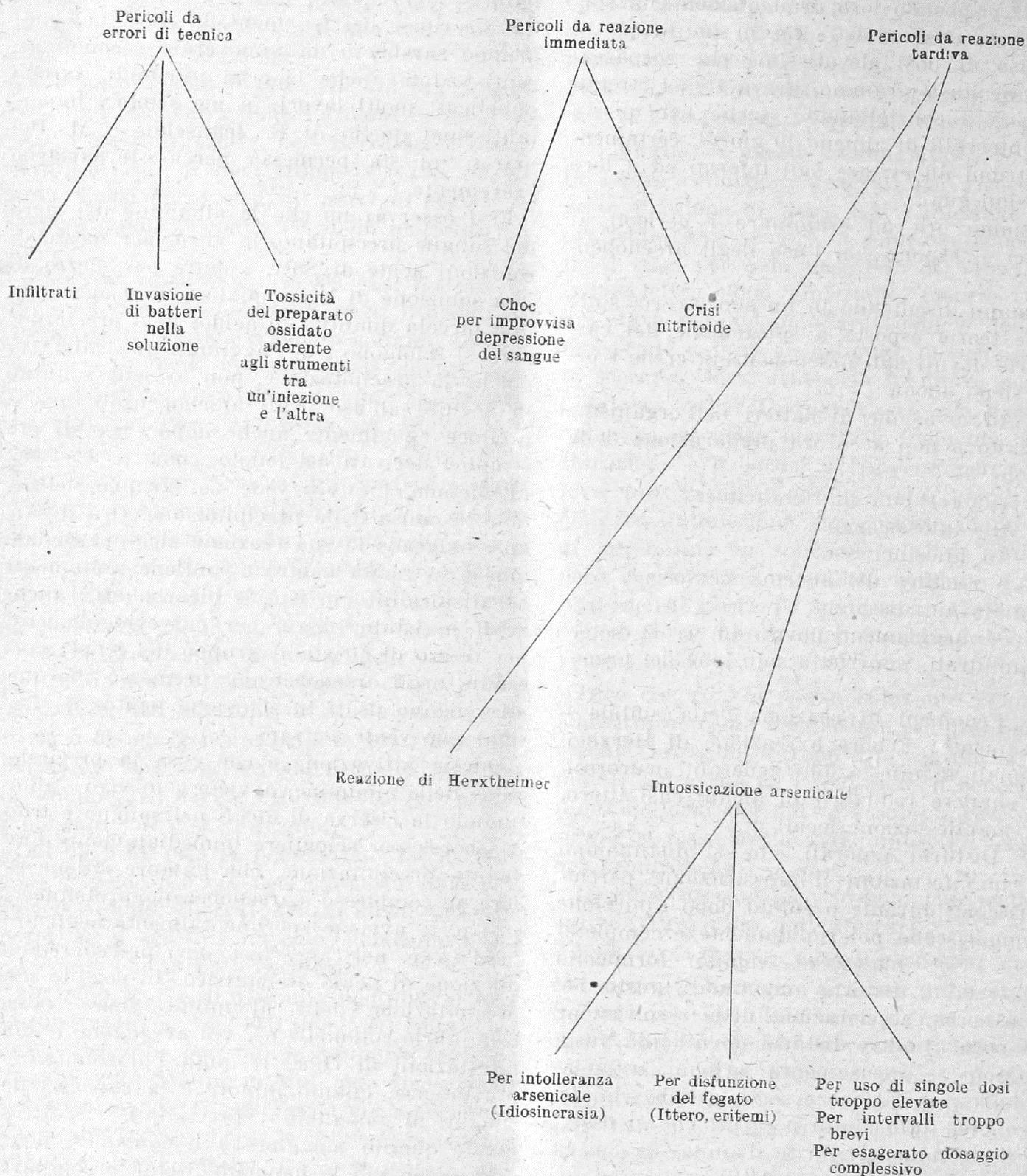
Sulle cause dei fenomeni da choc, nel qual gruppo sarebbero da annoverare secondo recenti vedute anche le crisi nitritoidi, furono pubblicati molti lavori: a me sembra importantissimo quello di E. Jeanselme e M. Pomaret; mi sia permesso perciò di parlarne brevemente.

Essi osservarono che le albumine del siero del sangue precipitano, in vitro, per mezzo di soluzioni acide di Salv. oppure per mezzo di una soluzione di Neos. qualora vi si aggiunga una piccola quantità di acido; lievi precipitati però si sciolgono con l'aggiunta di alcali. Ora poichè la precipitazione, non avviene soltanto in seguito all'uso degli arsenobenzoli, ma si produce egualmente anche dopo l'uso di più semplici derivati del fenolo, come p. e. il trinitrofenolo, l'autore vede nel gruppo del fenolo la causa della precipitazione. Ora il sangue, malgrado la sua reazione alcalina su lakmus è in realtà neutro e contiene unitamente a sali alcalini, (in ispecie bicarbonati), anche acidi in istato libero, per cui evidentemente per mezzo di questi, il gruppo del fenolo contenuto negli arsenobenzoli (premesso che questi vengano usati in soluzione neutra o alcalina) può venir attivato.

Questa attivazione e con essa la precipitazione delle albumine, avviene «in vivo» allorquando la riserva di alcali nel sangue è troppo scarsa per sciogliere immediatamente l'avvenuta precipitazione, che l'autore ritiene essere un complesso «arsenobenzolo-proteinico»; così p. e. avviene sperimentalmente negli animali (p. e. nel cane) facendovi precedere una iniezione di acido ossibutirico. In seguito alla precipitazione delle albumine, viene scosso l'equilibrio colloidale per cui avvengono le manifestazioni di choc, le quali poi sono tanto più intense, quanto minore è la capacità del sangue di sciogliere i precipitati, rispettivamente quanto maggiore è il contenuto d'acidità e con ciò la capacità di far precipitare, della soluzione iniettata.

A favore di questo rapporto tra alcalinità del sangue e intolleranza arsenobenzolica, parlerebbero pure gli esperimenti fatti da G. Milian, al quale riuscì di dimostrare che malati che presentavano intolleranza o ipersensibilità verso gli arsenobenzoli, avevano molto meno alcali nel sangue (acidità relativa) che non quelli che sopportavano il rimedio senza disturbi. Lo choc da Salv. avverrebbe dunque, come lo choc anafilattico in generale, per via meccanica e non per via chimico-tossica. Il sintomo più evidente e meglio registrabile del-

PERICOLI DOVUTI AGLI ARSENOBENZOLI.



lo choc da Salv. è quello della diminuzione della pressione del sangue, la quale nell'esperimento sul cane, si osserverebbe regolarmente, specialmente dopo iniezioni endovenose di soluzione acida di Salvarsan o trinitro fenolo, ma anche dopo una rapida iniezione endovenosa di Neosalvarsan.

Nell'esperimento animale non riuscirono ad evitare o a far scomparire lo choc, dopo iniezioni di neosalvarsan, per mezzo di Atropina, secondo il consiglio di Stokes e Busman. Ottennero invece nello choc da Neos. nel cane un immediato aumento della pressione sanguigna per mezzo di un'iniezione di 50 cmc. di una soluzione di carbonato di sodio al 3 %. L'iniezione di questo sale però non ottenne l'effetto voluto nei casi di choc dovuto ad iniezioni endovenose acide di Salvarsan: in questi casi si dimostrò invece efficacissima, tanto come profilattico, quanto come metodo di cura, una iniezione di 1/2-1 cmc. di soluzione di adrenalina all'1 ‰.

Comunque stieno le cose, va tentato di evitare a troncare le crisi nitroidi per mezzo di iniezioni di adrenalina (un cmc. di soluzione all'1 ‰).

Tzaanck, Arnault e Pierre Vallery-Radot poi basandosi sugli esperimenti sulle cavie che dimostrarono come queste sieno meno sensibili al Salvarsan ripetendone la somministrazione nello stesso giorno e che dopo una fase di ipersensibilità, l'animale diveniva, col tempo, meno sensibile al Salvarsan, somministrarono a malati che prima non tolleravano bene il neosal, 0.1 gr. di neos. per bocca un'ora o anche solo mezza ora prima dell'iniezione endovenosa. Di 20 malati cui prima si manifestavano coliche, cefalee, vomito, o in generale tipiche crisi nitritoidi, tollerarono poi 18 il Neos. straordinariamente bene, due soli casi non furono influenzati da tale trattamento.

Sulle cause che provocano la reazione di Jarisch-Herxheimer, reazione che avviene come si sa anche dopo l'uso di altri antiluetici (come p. e. del mercurio) dirò soltanto che sembra accertato ch'essa sia dovuta all'azione spirillicida dei preparati antiluetici in generale e particolarmente degli arsenobenzoli, i quali uccidendo le spirochete ne rendono libere le endotossine, dalle quali dipenderebbe la reazione. La reazione di Herxheimer sarebbe quindi direttamente proporzionale all'azione spirillicida del medicamento: da ciò il consiglio di iniziare le cure antiluetiche con piccole dosi di arsenobenzoli o con altri preparati che, come p. e. il mercurio, hanno una meno spiccata azione spirillotropa. (Matzenauer ed i suoi discepoli, p. e. Max Hesse, ritengono invece la reazione sia dovuta a danneggiamenti della parete vasale).

Ed ora vengo a parlare del gruppo più importante di incidenti dovuti all'uso di arsenobenzoli: cioè quello delle intossicazioni arsenicali.

Gli arsenobenzoli possono esplicare notoriamente un'azione tossica su tutti gli organi, ma sopratutto sul fegato ed è ormai accertato che gran parte dei gravi accidenti avvenuti dopo l'uso di arsenobenzoli è dovuta ad un'alterata funzionalità epatica: disfunzione talora preesistente e dovuta a danneggiamenti pregressi del fegato (così p. e. in seguito ad ittero o malaria), talvolta invece dipendente dall'azione tossica esercitata direttamente dal medicamento sul fegato. Anche le varie forme di eritemi che si osservano durante o dopo le cure arsenobenzoliche, sarebbero secondo il Milian dovute ad insufficienza epatica; (secondo altri autori invece sarebbero da ascriversi all'azione che gli arsenobenzoli svolgono sulla parete vasale oppure sui nervi vasali), e così pure, secondo alcuni autori, le così dette «crisi emoclasiche» che si riscontrano talvolta dopo l'uso di arsenobenzoli e che sono caratterizzate da leucopenia, depressione del sangue e inversione della formola leucocitaria, in esami praticati 20 minuti dopo la somministrazione di latte per bocca. Siamo ora noi in grado di riconoscere i casi che predispongono alle intossicazioni e che sarebbero appunto quelli che non hanno una funzione epatica normale? Dell'importante argomento si occuparono tra altri, Desaux, Bauxis, Lagrave, Boutelier, Barbier, Pomaret e Blamoutier. Desaux riferisce su 8 malati del riparto Brocq di Parigi, nei quali poterono osservare durante cure, con novarsenobenzolo Billon, con Galyl, Sanar e Sulfarsenolo, per mezzo di una sistematica analisi del sangue e delle orine, diversi disturbi della funzione epatica. Si trovarono delle sostanze chimiche simili ai Ketoni e sopratutto Acetone, tanto nel sangue quanto nelle urine, come si riscontra nel diabete. Secondo l'autore, queste sostanze sarebbero da riguardarsi come prodromi di un'intossicazione arsenicale e sarebbero la conseguenza di una distruzione patologica di cellule epatiche. Interessante è che anche gli avvelenamenti acuti di Salvarsan a tipo cerebrale, vengono messi da alcuni autori in relazione con l'insufficienza epatica. Così il Willcox ritiene trattarsi in questi casi di una forma di auto-intossicazione dovuta al fatto che venne antecedentemente e in forma acuta, distrutta la funzionalità epatica, per cui poi si viene ad un accumularsi di tossine, che a loro volta agirebbero sul cervello. Esaminando il fegato, negli esperimenti animali al principio dell'intossicazione arsenicale si trovarono singole cellule epatiche tumefatte, sformate e talvolta necrotiche.

Quale profilassi quindi delle intossicazioni arsenicali, si renderebbe necessaria in primo luogo una diligente anamnesi ed un accurato esame dei malati, con esclusione dal trattamento arsenobenzolico (o per lo meno con uso estremamente prudente dello stesso) di tutti quei casi che risultassero aver precedentemente sofferto o soffrissero ancora di affezioni del fegato o di malattie capaci di produrre delle alterazioni nella funzione dello stesso: ciò sopra tutto per quelli che ebbero itterizia o malaria. In Germania dove nel dopo guerra la malaria sembra si sia notevolmente diffusa, si osservarono già più volte dei gravi incidenti e dei casi di morte, dopo l'uso di arsenobenzoli, (Sklarz, Friedemann) in malati affetti contemporaneamente da lue e da malaria tropica e fu anche in alcuni casi anatomicamente dimostrato che certe forme di apparente intossicazione Salvarsanica, decorsa sotto il quadro di atrofia giallo acuta del fegato, erano dovute al fatto che essendo l'am-

malato contemporaneamente affetto da malaria tropica, il Salvarsan aveva agito su questa da stimolante e facilitato lo sviluppo dell'atrofia giallo acuta del fegato.

Sarebbe perciò certamente prudente, almeno finchè non sarà detta l'ultima parola sull'argomento, tenendo presente la possibilità che esista, contemporaneamente alla sifilide, una malaria tropica, di ricercare i parassiti nel sangue in quei casi che reagendo agli arsenobenzoli con forti rialzi termici, possono far pensare ad una persistente infezione malarica.

Quanto all'idiosincrasia per arsenobenzoli non c'è altro da dire se non che ove questa si manifesti, è necessario abbandonare all'istante qualsiasi preparato arsenobenzolico. Dirò in fine che è mia convinzione che la troppa libertà lasciata finora ad ognuno, in ogni paese (tranne in Germania dove furono nell'ultimo tempo fissate delle norme speciali) nello stabilire il dosaggio delle singole iniezioni, l'intervallo da porsi tra l'una e l'altra e nel fissare la dose complessiva da iniettare, come pure l'inizio di cure con dosi troppo elevate ed infine l'inosservanza o la poca attenzione posta alle controindicazioni, che talvolta si manifestano con segni che sembrano insignificanti, sia stata più volte la cagione di irreparabili incidenti. L'apparizione di qualsiasi, benchè lieve alterazione cutanea, dopo l'uso di arsenobenzoli, quale l'orticaria, la dermatite, il prurito generalizzato o locale, come pure l'apparizione di sintomi generali, quali cefalea, rialzi termici costanti, nausea, sono da riguardarsi sempre come sintomi d'incipiente intossicazione arsenicale e devono servire d'avvertimento che le dosi adoperate sono troppo alte relativamente alla tollerabilità di quel dato organismo: in questi casi i disturbi scompaiono di solito con la semplice diminuzione delle dosi. Ora, che molti casi di morte sieno realmente dovuti a questa libertà di dosaggio, lo dimostrerò con pochi esempi tratti dai numerosissimi di cui è ricca la letteratura sugli arsenobenzoli.

Nell'« Archiv médical belges » del 1922 è riportato un caso di morte per grave intossicazione arsenicale dopo una cura in cui vennero complessivamente somministrati 11 grammi di Neosalvarsan. I sintomi principali di quest'intossicazione salvarsanica erano: ittero, assalti epilettiformi, conati di vomito e rialzi termici fino a 40 gradi. Il bello si è che l'autore, avanzate diverse ipotesi sulla causa della morte esclude (malgrado l'enorme dose complessiva) senz'altro l'avvelenamento arsenicale e conclude col dare tutta la colpa alle ghiandole endocrine.

In un giornale scientifico olandese del 1922, sono pubblicati 3 casi di dermatite universale postarsenobenzolica di cui uno seguito da morte. In due casi si trattava di donne che presentavano già prima della cura sintomi di insufficienza renale: ad una di queste anzi era stato estirpato un rene alcuni anni addietro. Alla prima di queste donne furono somministrati complessivamente 7.5 grammi di Neos. nello spazio di 35 giorni e precisamente in dosi fino a 0.9 con intervalli di 4 giorni: nel secondo caso (quello cioè che era stato operato di nefrectomia e che venne a morte) furono somministrati quasi 5 grammi in 6 giorni. L'autore esclude che le dermatiti (e quindi in un caso anche la morte) possano esser dipese dall'insufficienza renale o dall'uso di dosi così elevate. Non ho potuto leggere il lavoro originale e quindi ignoro se e quali ragioni adduca l'autore per escludere che gli incidenti sieno appunto dovuti, come sembrerebbe evidente, a tale incauto dosaggio. E che dire di certe dosi..... all'americana, usate da alcuni specialisti di oltre oceano? Che dire di Schamberg che inietta 3 volte alla settimana dosi di 0.9, di Newcomer che con pochi cicli di cure raggiunge quasi la dose complessiva di 32 grammi di Neos. e di Guy che somministra in certi casi, per 3 giorni consecutivi la dose fantastica di 5 grammi per volta?......

Riepilogando dunque i principali pericoli da ascriversi agli arsenobenzoli sono:

1° Fenomeni di choc e crisi nitritoidi;

Profilassi: (nei casi già noti come disposti a tali fenomeni). Iniezione sottocutanea di una soluzione di Adrenalina 1 ‰; somministrazione di una piccola dose del medicamento da un giorno fino ad un'ora prima della iniezione.

2° Reazione di Herxheimer: Profilassi: piccole dosi iniziali, iniziare le cure con preparati di mercurio.

3° Intossicazione arsenicale: Profilassi: Accurata anamnesi ed accurato esame del malato; scrupolosa osservanza delle contro-indicazioni, esame delle orine per albume e per zucchero; non sorpassare la dose di 0.6, intervalli mai inferiori ad una settimana eccettuato per le dosi minime; dose complessiva massima da 3-5 grammi a seconda del peso del malato.

Sono conscio, signori, di aver trattato soltanto in succinto e forse non sufficientemente questo tema oltremodo importante. Troppo grande è la casistica e troppo numerosi sono i lavori in proposito per poterli raccogliere in questa, che volle esser soltanto una breve relazione di quanto finora è noto sulle cause e sulla profilassi degli incidenti da arsenoben-

zoli: mi sia ciò non ostante concesso di trarne le seguenti conclusioni:

Che indubbiamente gli arsenobenzoli presentano non pochi e non lievi pericoli, dovuti in parte al fatto che noi non siamo oggi ancora in grado di escludere da tale trattamento, perchè appunto non sappiamo ancora discernere, quei casi che a tali pericoli sono più esposti, ma che tuttavia l'accumularsi di gravi incidenti in alcuni luoghi e d'altro canto la relativa rarità di essi in altri, ci deve convincere che molti inconvenienti ascritti agli arsenobenzoli, dipendono in realtà più che dal medicamento stesso, dal modo con cui viene usato: m'auguro quindi che da un lato il fissare delle norme per l'uso degli arsenobenzoli, in base alle esperienze finora avute, e dall'altro la sempre maggior conoscenza dell'eziologia, della profilassi e della terapia degli inconvenienti tante volte deplorati, rendano sempre meno pericoloso l'uso del migliore tra gli antiluetici.

LAVORI CONSULTATI.

ASSELT J. VAN. *Tre casi di avvelenamento da Neosalvarsan.* Nederlandsch tiydschr. v. geneesk., anno 66, n. 10, P. 1055, 1061, 1922.

BENVENISTE ELIE. *Exanthèmes salvarsaniques et évolution de la Syphilis.* Presse médical, anno 29, n. 91, P. 904-905, 1921.

BEZAIS. Odessa: Therpeuticzeskoje obosrenije, 1910, n. 17.

COLLIER W. A. *Amerikanische experimentelle Arbeiten über die Salvarsane.* Zentralblatt. f. Haut u. Geschlechtskr., Bd. VI, Heft 3/4, 1922.

DESAUX, BAUXIS, LAGRAVE, BOUTELIER et BARBIER. *L'acétonurie au cours des erythrodermies exfoliantes.* Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil., 1921, n. 7, p. 337-340.

FAVENTO. *Esperienze e risultati della cura della sifilide col «Salvarsan».* Bollett. assoc. med. triestina, 1911-1912.

FLAUDIN, TZANK et ROBERTI. *Prophylaxie de certains accidents de la thérapeutique par les arsenobenzènes: L'exohémophylaxie.* Bull. et mém. de la Soc. med. des hôp. de Paris, a. 37, nr. 30, p. 1402-1405, 1921.

FRIEDMANN ULRICH. *Ueber die bedrochliche Ausbreitung der tropischen Malaria in der einheimischen Bëvölkerung, u. ihre Bezichungen zum Salvarsan.* Klin. Wochschr., 1922, n. 33, p. 1642-45.

GOLAY. *La question des appareils de verre dans les accidents de neosalvarsan.* Ann. de dermat. et Syph., p. 299, 1919.

GOLDFARB. «Derm. Zeitschr.», p. 263, 1918.

GÜTZ. *Universelles Salv. Exanthem mit schwerer sekundär infection.* Nordwestdtsch. dermat. Vereing. Kiel. 27, XI, 1921.

HAHN u. FAHR. Zur Frage der Salv. Schäd. M. m. W., n. 43, 1920.

HAUSER. Salv. Todesf. 18, Verh. d. d. Path. Ges. Jena, 1921, p. 116.

HESSE MAX. *Salvarsanerythem u. Herxheimersche Reaction.* Dermat-Klin, Graz, Dermat. Wochenschrift, Bd. 37, n. 48, p. 1241-1244, 1921.

HOFMANN. *Beiträge zur Frage der Salvarsantodesfälle.* Dermat. Zeitschr., februar-märz, 1919.

JEANSELME E. et M. POMARET. *Etude experimentale des «phenomènes de choc» produits par les arséno et les novarsénobenzènes.* Annales de méd., vol. 10, n. 6, p. 467-488, 1921.

KENEDY DESIDER. *Verhinderung von Intoxicationserscheinungen nach neosalvarsaniniectionen, durh gleichzeitige Verabreichnung von Calcium bromatun u. Calcium chloratum.* Deutsch. med. Wochenschrift, n. 18, p. 586, 1922.

KLAUSNER. *Uber Ikterus nach Salv.* M. m. W., 1911, p. 570.

LEAPÈRE. *Accidents mortels au cours du traitement de la syph. par les composés arsénicaux.* Soc. fr. de derm. et Syph., 1920.

LOMBOLT. Derm. Zeitschr., vol. XXVI, p. 84, 1918.

MAC NEE. *Toxic effects following administration.* Brit. med. journ., p. 944-945, 1921.

MEIROWSKY. *Bericht der Salvarsankommision des allgm. ärtztl. Vereins in Köln.* M. m. W., n. 17, 1920.

MILIAN G. *L'erythème arsénical oedémateux desquamativ.* Soc. méd. des Hôp. de Paris, dicembre 1919.

MILIAN G. Annal. des mal. vén., 1919, n. 14.

MILIAN G. *Erythème arsénical.* Presse méd., n. 75, 1919.

MILIAN et MOUQUIN. *Erythème arsénical oedémateux.* Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphiligr., n. 6, p. 234-237, 1921.

NICOLAS et MASSIA. *Contribution à l'étude des arsénobenzolides.* Ann. de dermat. et syphil., 1921.

POMARET et BLAMOUTIER. *Recherches sur l'acidose au cours des érythrodermies post-arsénicales.* Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil., p. 115-120, 1922.

RAVAUT PAUL. *Les accidents produits par les novarsénobenzènes: Essais de classification et de prophylax.* Ann. de derm. et de syphiligr., n. 12, p. 494-513, 1921.

ROBLIN. *«Eclampsie et coma par le novarsénobenzol».* Ann. de dermat. et Syhp., n. 7-8, 1919.

KLARZ ERNST. *Haüfung von Malariatodesfälle nach Salv. inj.* Klinische Wochenschr., n. 28, p. 1414-1415, 1922.

SIESKIND. *Das Verchalten des Blutdrucks bei intravenösen Salv. inj.* M. m. W., 1911, pagina 568.

SRAMEK R. *Dermatitis exfoliativa universalis während einer Neosalvarsananbehandlung.* Ceska derm., 1922.

TROSSARELLO. *Sulla insolita frequenza e gravità di incidenti immediati, consecutivi ad iniezioni endovenose di novoarsenobenzoli.* R. Accademia Torino, 1921.

WEISS, CHARLES and ANNA CORSON. *Preliminary note on chemical changes in the blood of syphilitics under arsphenamin treatment.* Philadelphia Proc. of. the Soc. f. exp. biol. a. méd., vol. 18, n. 7, p. 210-213, 1921.

WILLCOX WILLIAM. *The toxicity of Salvas.* Med. Soc. London, 21 novembre 1921. Brit. med. journ., n. 3179.

WINSEN WAN. *Observation d'un accident tardif dû au Neosalvarsan.* Arch. med. belg., n. 2, p. 121-124, 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. CROCE DI FANO.
Sezione Chirurgica
diretta dal prof. LORENZO CAPPELLI.

Cisti dermoide del dorso del naso.

Dott. FRANCO MARCHINI, assistente.

Secondo quanto ha affermato il prof. Bruzzone nel XVIII Congresso di otorinolaringoiatria, le osservazioni di cisti dermoidi interessanti il naso esterno sono assai rare, ed in particolar modo quelle del dorso.

Egli asserisce che nelle sue ricerche bibliografiche ha trovato pochissimi casi nella letteratura estera e da noi solo due, l'uno di De Carli nel 1903, riguardante precisamente il dorso del naso, e l'altro di Citelli, comunicato alla Società di Otorinolaringoiatria nel Congresso del 1907, in cui la cisti era localizzata nella faccia laterale.

Il Bruzzone poi ha ora descritti altri due casi da lui osservati, uno precisamente al dorso del naso, subito al disotto delle ossa nasali e l'altro con due fistole, l'una sulla regione glabellare destra e l'altra sul dorso.

Ritengo perciò utile comunicare il seguente caso:

Bettini Luigi, di anni 16, si presenta a questo Ospedale il 3 ottobre 1922 per una fistola al dorso del naso, che dà esito ad una sostanza bianco-giallastra.

La madre dell'infermo riferisce che, sin da la nascita, aveva osservato spesso apparire, nel punto dell'attuale lesione, una gocciolina di liquido biancastro, che fuoriusciva da un forellino appena percettibile. La cute circostante era perfettamente normale. Tale secrezione continuò invariata fino al dicembre 1921, epoca in cui si arrestò e si ebbe la comparsa di un lieve rigonfiamento, che sempre andò aumentando, fino a raggiungere in quindici giorni il volume di un grosso cece. La cute divenne infiammata e dolente.

Ricorse allora ad un chirurgo che praticò un'incisione, svuotando il contenuto di tale tumefazione. Dopo circa un mese, richiusasi la ferita, la tumefazione aumentò di nuovo, tanto che fu necessaria una seconda incisione e, a distanza di un altro mese, una terza.

Finalmente nel settembre u. s., avendo assunto un volume anche maggiore, si è aperta spontaneamente, lasciando uscire una sostanza bianco-giallastra con strie sanguigne, abbastanza densa.

Si è presentato allora a questo Ospedale.

Le condizioni generali sono buone. Non si osservano fatti patologici degni di nota. Sul dorso del naso, sulla linea mediana, in corrispondenza dell'estremo inferiore delle ossa nasali, appare una soluzione di continuo rotondeggiante, a contorni frastagliati, arrossati e dolenti alla pressione, posta sopra un nodo duro, fisso, del diametro di circa un centimetro. Esce una sostanza densa, grigio-giallastra.

L'esame rinoscopico non rileva alcuna alterazione nelle fosse nasali.

Si interviene, previa anestesia locale con iniezione di novocaina. Appena iniziata l'operazione, si estrae una sostanza giallastra, densa, untuosa, simile a sevo e numerosi peli lunghi 3, 4 millimetri, per cui si fa diagnosi di cisti dermoide. Si procede allora alla escisione delle pareti cistiche, che però si presentano tanto aderenti alle ossa nasali, che occorre resecare anche una piccola parte delle ossa stesse.

Si riuniscono i lembi della ferita con sutura. Si tolgono i punti dopo sette giorni e si ha un'ottima guarigione per prima, con una cicatrice lineare regolarissima. Il naso ha ripreso una forma perfettamente normale. Al 10° giorno il ragazzo viene dimesso dallo Ospedale.

L'esame microscopico ha confermato la diagnosi operatoria.

Novembre 1922.

BIBLIOGRAFIA.

BRAMANN. *Delle cisti dermoidi del naso.* Lavoro della Clinica Chirurgica dell'Università di Berlino, 1890. Thl. IV, S. 189.

BRUZZONE. *Due casi rari di cisti dermoidi della fronte e del naso.* Atti XVIII Congresso Società italiana di laringologia, otologia, rinologia, 1922.

CITELLI. *Cisti dermoide epiteliomatosa della faccia laterale del naso.* Atti XI Congresso. Società italiana di laringologia, otologia, rinologia, 1907.

DE BKUC e NANDELINDER. *Cisti dermoide dell'ala del naso.* La Fiandra Méd., 1893.

DE CARLI. *Cisti dermoide del dorso del naso.* Arch. ital. otol. rin. laring., vol. XIV, fascicolo 4, 1903.

HÉBERT. *Sulle cisti dermoidi del dorso del naso.* Thèse de Bordeaux, 1912.

LEXER. *Malformazioni congenite, traumi, malattie del viso.* Trattato di chirurgia pratica del Bergmann, pag. 502.

MACLEOD VEARSLEY. *Cisti dermoide del dorso del naso.* British Journ. of Children's Disease, 1912.

MARANGONI. *Contributo allo studio delle cisti congenite.* Gazzetta degli Ospedali, 1 marzo 1910.

SOUNTAG. *Cisti dermoide dell'ala del naso.* Zeits. f. Laryng., vol. I.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il morso della vipera.

Sintomatologia - Cura - Profilassi.

Dott. M. GIOSEFFI - Parenzo (Istria).

Sintomi clinici dell'avvelenamento.

Il morso della vipera esplica i suoi sintomi con manifestazioni locali e con manifestazioni generali.

Le manifestazioni locali.

Si hanno subito dopo la morsicatura dolori locali vivissimi, spesso accompagnati da crampi; la regione morsicata ove dapprima non si osservano che sotto forma di due finissimi punti i fori prodotti dai denti, si gonfia ed appare congesta fino alla cianosi; la tumefazione va poi estendendosi sempre più e minaccia gangrena.

Le manifestazioni generali.

Dopo un periodo che può variare da pochi minuti a qualche ora compaiono i sintomi generali dell'avvelenamento. Questi consistono in vertigini, deliquio, sonnolenza, prostrazione generale più o meno marcata, cefalea, vomito acuto biliare, sete ardente. In un periodo ulteriore si hanno profusa sudorazione, respiro affannoso, tremore delle membra, convulsioni, considerevole rialzo della temperatura con polso piccolo e frequente, deliri, midriasi (dilatazione delle pupille), talora emorragie circoscritte nei vari organi.

Nei casi mortali ognuno di questi sintomi s'aggrava in breve tempo. L'ammalato cade in stato di coma profondo; si ha perdita completa della sensibilità, compaiono fenomeni algidi, fatti di paralisi e morte per paralisi respiratoria.

Quando l'individuo è robusto e la dose inoculata non sufficiente a determinare l'esito letale, la sindrome clinica non si appalesa nella sua interezza e l'ammalato può guarire.

Nel Trentino, secondo il Marchi, la mortalità in seguito a morso di vipera sarebbe del 1-3 % e tutti i casi letali dipenderebbero da mancato o ritardato soccorso medico.

Cura del morso di vipera.

Il trattamento dei morsi di vipera si può distinguere in una «*cura non specifica*» ed in una «*cura specifica*» o così detta *sieroterapia.*

La *cura non specifica* si propone innanzi tutto:

1. di rendere più lento l'assorbimento;

2. di asportare o di distruggere in sito il veleno;

3. di combattere i sintomi generali dell'avvelenamento:

ad 1. Allo scopo di *rendere più lento l'assorbimento del veleno* giova applicare un laccio 5-10 cm. al di sopra della ferita Il laccio deve essere stretto moderatamente in modo da far gonfiare la vena, ma non mai tanto da determinarvi un solco. Se il laccio è elastico, lo vi si può mantenere finchè non sia ultimata la cura locale; se è inestensibile, deve essere ogni 10-15 minuti spostato e portato più in alto sull'arto e non va mantenuto per più di un'ora;

ad 2. Per *asportare e per distruggere in sito il veleno,* giova lo sbrigliamento della ferita e farla sanguinare. Per lo sbrigliamento debbonsi fare incisioni che riuniranno i fori praticati dai denti velenosi (si distinguono questi fori dalla goccia di sangue che ognuno vi porta), profonde quanto sono lunghi i denti, per la vipera 7-8 mm. Fatta l'incisione si spreme la ferita per farla sanguinare o la si succhia. Se chi opera il succhiamento ha delle erosioni alla bocca, deve avere cura di sputare spesso ciò che ha aspirato. Una ventosa può supplire il succhiamento purchè si applichi subito.

Per la distruzione del veleno in sito sono suggerite varie sostanze chimiche raccomandate da Calmette, le quali notoriamente distruggono in vitro il veleno ofidico e d'altronde non sono nocive ai tessuti dell'uomo e degli animali, per cui possono essere applicate in forma di iniezioni localmente al sito del morso. È molto efficace una *soluzione di cloruro di calce od ipoclorito di calcio* e precisamente basta una soluzione di 1 : 12, la quale contiene in un litro 4.-4.5 di Cl. Per l'uso si impiegano 5 cmc. di questa soluzione con 45 cmc. di acqua bollita; con questa soluzione diluita si lava la ferita e di essa si iniettano 20-30 cmc. agli adulti, 10 cmc. ai bambini nel tessuto sottocutaneo in 3-4 punti nella ferita ed attorno alla ferita. Soluzioni più concentrate di ipoclorito di calcio sono dolorose ed irritanti. La soluzione da iniettarsi deve essere fresca, per cui è indicata la soluzione 1:12 come soluzione madre.

Karlinski ha trovato efficace la soluzione all'uno per cento di acido cromico che egli ha sperimentato molto nell'Erzegovina, allestitasi al momento con una soluzione madre del 1:12 tenuta pronta nelle farmacie e negli armadi farmaceutici. Calmette raccomanda pure il cloruro d'oro all'uno per cento ed il permanganato potassico all'uno per cento che possono pure servire per lavande impacchi ed iniezioni locali, sostanze le quali, se non han-

no la efficacia del siero Calmette, di cui parleremo nella cura specifica, sono però tutt'altro che inattive;

ad 3. Per *combattere i fenomeni dell'avvelenamento* si useranno tutte le risorse che le condizioni del malato e le circostanze di tempo e di luogo permettono: stimolanti tonici, caffeina, stricnina, canfora, alcoolici, digitale, si promuoverà la sudorazione e la diuresi, mediante la somministrazione di tè o caffè caldi.

La cura specifica.

Il controveleno ideale contro il morso della vipera ci ha dato Calmette nel 1894: esso consiste in un siero speciale ricavato dal sangue di animali immunizzati mediante dosi graduali di veleno viperino, reso meno attivo per mezzo di riscaldamento o per l'unione di antidoti minerali. Dopo 6 mesi gli animali sottoposti al trattamento immunizzante possono subire una iniezione di veleno 80 volte mortale; è allora che il siero, che ha assunto proprietà antidotiche per l'uomo, è loro tolto e messo in commercio in flaconi ed anche come siero secco in polvere chiusa in fialette che conservasi così indefinitamente. Si possono avere sieri così detti polivalenti o sieri monovalenti fatti col veleno dei vari serpenti, così anche con quello della vipera.

Il siero è l'unico rimedio che possa neutralizzare l'azione tossica generale del veleno, quando questo è penetrato nell'organismo. L'iniezione deve essere fatta più precocemente che è possibile e nei casi gravi per via endovenosa e nei dintorni della ferita. Il siero agisce anche una od un'ora e mezza dopo il morso. Esso riesce giovevole anche contro il veleno degli scorpioni. La dose da impiegarsi varia a seconda del potere antitossico del siero e dell'età del soggetto.

Un vecchio rimedio contro il veleno dei serpenti, ora soppiantato dal siero Calmette, era il fiele dei serpenti stessi (Fraser, Phisalix) che in Africa diede buoni risultati sia mediante l'applicazione locale che somministrato internamente.

Profilassi del morso e lotta contro le vipere.

Per prevenire il male conviene innanzi tutto essere bene calzati ai piedi di stivali, che i denti della vipera non possono perforare.

Dovendo falciare l'erba o tagliare legna o raccogliere delle foglie secche sparse per terra gioverà a maggior garanzia di ogni pericolo, battere con un bastone il terreno. Le vipere a tali rumori, se attorcigliate ai rami dei cespugli od al tronchi si affrettano a discendere e si nascondono più profondamente che possono e si cercano nel terreno prontamente un nascondiglio.

Per dare la caccia alle vipere si consiglia di fare dei fuochi notturni; le vipere vi vengono attratte dal chiarore e si riesce allora ad ucciderle. Un colpo sul dorso uccide facilmente le vipere ma non subito; la testa, se pur staccata dal tronco, morde ancora, quasi che l'ofide irato vivesse e volesse vendicarsi del suo aggressore; questi movimenti possono durare da alcuni minuti ad un quarto d'ora o più e provano come il cervello poco sviluppato cessa di funzionare appena più tardi.

I catturatori di serpenti nelle regioni tropicali sanno immunizzarsi di fronte al morso dei serpenti con l'inoculazione di piccole dosi di veleno.

In Istria la Giunta provinciale metteva nell'anteguerra a disposizione dei premi in denaro per incoraggiare la lotta contro le vipere.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Emanazione di radio e aghi radiferi nella cura delle neoplasie.

(V. ARTOM DI SANT'AGNESE. *Folia Gynaecologica*, vol. XVI).

Si fa spesso confusione da parte dei non specialisti fra i raggi emanati dal radio e l'emanazione, mentre si tratta di cose ben diverse, come è agevole convincersene quando si conoscano almeno sommariamente le proprietà delle sostanze radioattive. È noto che queste costituiscono un gruppo a parte, caratterizzato dal fatto che un elemento si muta in un altro con liberazione di notevole quantità di energia. Ciò avviene in quanto che l'atomo si scinde e proietta alcuni dei suoi componenti, cioè quelli a carica positiva (atomi di elio o raggi alfa) e quelli a carica negativa (elettroni o raggi beta). La rimanente parte dell'atomo viene a formare un nuovo elemento nel senso chimico, con precise e definite caratteristiche. Il capostipite della famiglia a cui appartengono le sostanze radioattive è l'uranio; da questo a traverso sei successive desintegrazioni si arriva al radio; da quest'ultimo, per espulsione di un atomo di elio (raggio alfa), si ottiene l'elemento seguente che è l'emanazione, la quale poi a sua volta ha nuovi elementi discendenti, che vengono designati col nome di radio e l'aggiunta di una lettera alfabetica dalla *A* alla *F*, che è l'ultima della

serie; da alcuni di questi elementi discendenti si hanno emissioni di raggi, diversi da quelli che sono emessi da quelli superiori e cioè dei raggi gamma, che sono i più importanti dal punto di vista terapeutico. La continua e persistente desintegrazione atomica è varia secondo i diversi elementi e quindi è varia la durata della loro vita, da quella massima del radio, per cui si calcola che solo dopo 1700 anni sarebbe desintegrata la metà della massa iniziale, a quella minima del radio A. B, C, in cui tale periodo è ridotto a pochi minuti.

PRODUZIONE E RACCOLTA DELLA EMANAZIONE.

L'emanazione, che va quindi considerata come un elemento a sè nel gruppo delle sostanze radioattive, è un gas e perciò possiede, oltre alle proprietà dei corpi radioattivi, quelle dei gas; è cioè diffusibile, solubile in liquidi, condensabile a basse temperature. La produzione di essa è continua da parte del radio; appena formata però, se ne inizia la desintegrazione e, per la fuoriuscita di un atomo di elio, si ha produzione di radio A, il quale è solido. Dopo qualche tempo il numero di atomi che vengono prodotti uguaglia quello dei distrutti e si arriva ad uno stato di equilibrio. L'emanazione può essere raccolta in un recipiente (tubetto capillare di vetro, lungo poco più di un cm.), in quantità corrispondente ad un numero anche rilevante di centigrammi di radio. Agli scopi terapeutici tale tubetto sarà equivalente a quello contenente la quantità corrispondente di radio, salvo che questo ha una durata praticamente infinita, mentre l'energia raggiante dalla emanazione va diminuendo e dopo giorni è ridotta alla metà.

Questi tubetti così carichi di emanazione vengono usati su larga scala in sostituzione dei preparati di radio; possono essere introdotti in aghi di platino di diametro poco superiore a quello dei comuni aghi da siringa ed essere così introdotti nello spessore di una massa neoplastica; un filo assicurato alla cruna dell'ago permette di estrarlo quando si ritiene che abbia agito per un tempo sufficiente.

GLI AGHI CON SALI DI RADIO.

Invece degli aghi con emanazione, si possono usare aghi con sali di radio fatti con platino iridiato, con parete dello spessore di mm. 0.5 e della lunghezza di 30-35 mm.; uno dei capi è aguzzo per l'introduzione, l'altro porta un foro per il passaggio di un filo. Nell'interno si trova una cavità contenente pochi milligrammi di un sale di radio, per lo più solfato. Il platino costituisce un filtro per i raggi beta molli e per gran parte dei beta duri e dei gamma molli, eliminandosi così i raggi che hanno azione necrotizzante e capaci quindi di produrre attorno al focolaio di irradiazione una zona di distruzione dei tessuti, anzichè degli elementi neoplastici. Per evitare poi la radiazione secondaria originata dalla parete di platino attraversata dai raggi gamma, si consiglia di introdurre profondamente gli aghi nella massa neoplastica, lontano dai tegumenti ed in genere da tessuti sani. Questi aghi, in confronto del solito sistema di applicazione del radio, hanno i vantaggi di poter essere distribuiti più uniformemente nella massa neoplastica e di poter utilizzare tutta la sfera di irradiazione anzichè limitarsi ad una superficie; inoltre si riduce al minimo la perdita di energia dovuta alla dispersione. Il tipo di neoplasmi che più si giovano di questo metodo è dato dai tumori della lingua e della mammella, mentre per i cancri dell'utero esso non trova la sua applicazione corrente. L'A. ha usato con successo il metodo in un caso di carcinoma della vulva di cui riferisce la storia clinica. Ha applicato in due riprese, a distanza di qualche mese, sei aghi contenenti sali di radio, lasciandoli 120 ore ogni volta. Nonostante la ben nota malignità di tali carcinomi, la guarigione è stata perfetta e definitiva. Con il metodo adottato dall'A. l'applicazione del radio viene bene tollerata e non dà che la molestia dell'immobilizzazione per parecchi giorni; con esso si escludono i rischi di radiodermite e di forti irritazioni nell'uretra e nella vescica, che si osservano con le applicazioni esterne di radio e di mesotorio. È quindi lecita la speranza che in questo campo la chirurgia ceda il passo alla terapia combinata del radio e dei raggi X e gli aghi radiferi possano rendere segnalati servigi.

A. Z.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sull'encefalite epidemica.

(A. HALL. *Lancet*, 14 aprile 1923).

A questa malattia vengono ravvicinate l'epidemia di malattia del sonno di Tubinga (1712-13), la corea elettrica di Dubini (1846), la cosiddetta «nona» (1889-90): in molti casi descritti di paralisi agitante si trovano nei precedenti dei sintomi di encefalomielite.

La recente epidemia iniziò nel 1917; contemporaneamente alla pubblicazione di V. Economo furono descritti in Francia e altrove casi di encefalite, riconosciuti poi identici alla encefalite epidemica, mentre prima venivano per lo più considerati di natura influenzale. La forma più grave si ebbe nel periodo 1919-20, la maggior diffusione del male si ebbe nel 1921-22. Fino al 1920 risultano dalle statistiche in Inghilterra 1430 casi, in Francia almeno 10,000, in Italia almeno 3900. In Inghilterra si ebbero nel 1921 casi 1470, nel 1922 casi 454.

La malattia ha in quasi tutti i paesi il suo massimo di frequenza in febbraio o marzo; i primi casi cominciano in novembre, e rapidamente scompaiono in aprile o maggio. I due sessi sono egualmente presi. Nessuna età ne va immune, e anche per questo il virus si distingue da quello della poliomielite; nei piccoli bambini ne fu descritta una forma denominata stupore epidemico. In Varsavia Sterling osservò che la malattia era più frequente nella razza ebrea.

La mortalità generale è del 25 per cento: raggiunse il 50 % circa nel 1919-20. La differenza tra le varie statistiche probabilmente dipende dall'inclusione o meno delle forme fruste. Secondo Parson la mortalità è alta nei primi 5 anni di vita, è minima a 10-15 anni e va crescendo fino ai 70 anni (80 %). La gravidanza sembra favorire l'infezione, con alta mortalità: secondo l'A. è meglio ricorrere alla cesarea che al parto forzato, il quale spesso è seguito dalla morte della donna.

È difficile mettere in evidenza la contagiosità del male. Però non si può negare, perchè si sono osservate epidemie in convitti e istituzioni varie, epidemie familiari, infezione del neonato e del lattante da parte della madre, infezioni del personale di assistenza, ecc. Talora è difficile riconoscere l'infezione, che si manifesta con forme fruste.

Il periodo d'incubazione viene stimato in media dieci giorni, e può estendersi da due giorni a tre settimane e più. La clinica e l'esperimento dimostrano che il virus si conserva attivo per molti mesi: fu possibile infettare un coniglio col liquor di un parkinsoniano postencefalitico 18 mesi dopo la fase acuta del male (Kling).

È ancora dubbio se il singhiozzo epidemico sia da riferire allo stesso virus dell'encefalite epidemica. Secondo Rosenow e Jackson sarebbe dovuto a un cocco non filtrabile del gruppo pneumococco-streptococco. Il singhiozzo epidemico è comparso in varie parti d'Europa quasi contemporaneamente all'encefalite, e sono riferiti casi di singhiozzo, seguiti, dopo circa un mese, da encefalite conclamata. Esso dura di solito pochi giorni, al più una o due settimane: è accompagnato da senso di malessere, cefalea, lieve febbre, e talora sintomi catarrali. Di solito è ribelle alla terapia.

Si tende ora a considerare l'encefalite come una malattia a se, distinta etiologicamente dall'influenza, dalla poliomielite, dalla meningite cerebro-spinale, dalla malattia X comparsa in Australia nel 1917-18 (che è probabilmente una forma aberrante di poliomielite), e ciò si ritiene in base a criteri clinici e sperimentali. Esistono probabilmente tra queste malattie, e specialmente tra influenza ed encefalite dei rapporti epidemiologici non bene conosciuti.

Il reperto anatomopatologico dell'encefalite consiste in emorragie meningee e manicotti cellulari perivasali di vario spessore ed estensione, nonchè in modificazioni delle cellule nervose e proliferazioni della glia. Tali lesioni sono localizzate prevalentemente nella sostanza grigia intorno all'acquedotto di Silvio, ma anche altrove (sostanza bianca, cervello, midollo, gangli, nervi). Questi dati sono confermati da tutti gli Autori da V. Economo a Marie, Bromwell, Wilson, ecc. Da Fano, Ingleby, Levaditi e a. hanno descritto minuti granuli entro e fuori le cellule nervose, simili e forse identici a quelli che si riscontrano nella meningoencefalite da virus erpetico nei conigli.

Clinicamente l'encefalite mostra un notevole polimorfismo, un'irregolarità di decorso, e spesso postumi peculiari. L'inizio è generalmente rapido, graduale o improvviso (più di rado), sotto forma di apoplessia, epilessia, vertigine, cefalea, dolori vari. Se i dolori sono addominali possono essere simulate altre sindromi. Il primo sintoma è spesso la diplopia, la sonnolenza, una paralisi degli arti, un'estrema debolezza con o senza febbre (inizio pseudo influenzale), stati maniaci o confusionali, fenomeni eccitomotori vari. Di regola si ha costipazione, ma talora diarrea.

Di solito vi è febbre, ma l'ipertermia è rara. La cefalea suol essere frequente e persistente. Un periodo di letargia più o meno duratura e profonda vi è quasi sempre; la letargia può ricorrere a periodi, anche per anni. La patogenesi della letargia fu riferita all'ipertensione ventricolare, ad una specie di blocco delle vie afferenti al talamo per lesioni flogistiche di vicinanza, a disordini ipofisari (non dimostrati istologicamente, sebbene vi è qualche caso di poliuria, obesità, e sindrome di Fröhlich seguiti all'encefalite), a lesione tossica delle sinapsi psichiche, ad una conseguenza delle spiccate modificazioni del tono. Un'iposonnia, specie notturna, può alternarsi con l'ipersonnia o persistere da sola, ribelle alla terapia.

I sintomi di localizzazione possono riferirsi ad ogni parte del sistema nervoso. I disordini dei muscoli oculari sono piuttosto asinergie che veri strabismi. Ptosi bilaterale incompleta, nistagmo, paresi coniugate sono frequenti; così la paralisi bilaterale dell'accomodazione, tutti i più vari disturbi pupillari, compreso l'Argyll-Robertson con areflessia patellare. Talora vi è diplegia masticatoria, o emiatrofia della lingua: questa in qualche caso era rigidamente proiettata in avanti.

Frequente è la disfagia spastica (sindrome pseudorabica): alla sezione si trovano particolari alterazioni nel bulbo e nel midollo cervicale.

Il tipo mioclonico della malattia è divenuto più frequente nelle *poussées* epidemiche successive. Talora è perfettamente simulata la corea grave.

Ogni specie di paralisi può presentarsi: monoplegie, emiplegie, paraplegie, paralisi crociate. La polineurite, e le paralisi flaccide permanenti sono rare.

Vi è un tipo miastenico, e un tipo cerebellare della malattia, in cui sono rilevabili alterazioni del cervelletto.

I riflessi possono essere aboliti o esagerati secondo la localizzazione delle lesioni: può esservi Kernig (tipo meningitico). Non sono rari accessi epilettiformi. La catatonia è frequentissima, e così pure l'ipertonia, talora fino a simulare una paralisi.

I decubiti sono frequenti, specie nei casi con incontinenza.

Alcuni casi si sono iniziati con parotite bilaterale. Talora possono presentarsi eruzioni eritematose o purpuriche. L'erpete labiale è raro; l'herpes zoster si è talora osservato. In molti casi si ebbe poliuria, di solito tra la 3ª e la 7ª settimana: in un caso fino a 19 litri per giorno.

In rari casi fu osservata una sindrome emorragica più o meno spiccata (porpora, ematidrosi, ematemesi, ecc.).

A vari sperimentatori (Strauss e Loewe nel 1919, poi Levaditi, Mac Intosh, ecc.) è riuscito di trasmettere, anche in serie, la malattia alle scimmie e ai conigli. Il virus è filtrabile, e si trova con quasi assoluta costanza nella sostanza grigia del mesencefalo (virus C), più di rado nel liquor (25 % dei casi), nel nasofaringe (virus fisso), nella saliva, nel sangue. Si può infettare il coniglio per via endocerebrale, corneale (mercè abrasione), peritoneale. Talora nella saliva dei sani si trova un virus che ha azione solo sulla cornea del coniglio; vi sono però portatori con virus salivare anche encefalitogeno. L'incubazione va da 4 a 6 giorni per via intracerebrale, fino a 12 giorni per via corneale.

Il virus si conserva a lungo in glicerina o allo stato secco; nel latte vive almeno tre mesi. È affine al virus dell'erpete febbrile.

La prognosi quoad vitam deve tener conto del genio epidemico. La morte improvvisa non è rara. I casi letali durarono in massima due settimane, ma qualche caso durò due giorni, e alcuni più di 4 settimane. La gravità dell'inizio non è di guida nella prognosi. Sarebbe mali ominis una letargia che diviene di giorno in giorno più profonda, con aumento di temperatura, sudori profusi, incontinenza. La forma meningitica, con precoce stupore, nei fanciulli, è di cattiva prognosi.

Le forme deliranti sono gravi: le forme semplicemente eccitomotorie sono di prognosi incerta. I casi con insonnia, secondo Cramer, sarebbero più gravi.

La prognosi quoad sanationem è sempre riservata. I postumi possono talora comparire tardivamente. Essi possono consistere in forme mentali, e tra queste hanno maggior probabilità di guarigione le forme confusionali e le stuporose. Talora i postumi consistono in modificazioni del carattere (aggressività, scarsa adattabilità all'ambiente) o del potere di concentrazione. Nei fanciulli non è raro uno stato di eccitamento notturno, con insonnia: generalmente non è esatto parlare di inversione della veglia del sonno, perchè anche di giorno poco dormono.

Sono stati osservati anche postumi respiratorii, polipnea (talora con periodi di apnea e cianosi), bradipnea, respiro periodico, tosse spasmodica, tic respiratori e sensazioni anormali nel naso e nel laringe.

I postumi di paralisi sono rari. I postumi eccitomotori sono piuttosto frequenti: corea, bradicinesie, mioclonie, movimenti a scossa.

Sono movimenti involontari e incontrollabili, generalmente ritmici (mioritmia di Cruchet, spesso a ritmo respiratorio). Talora si osservano movimenti laterali delle labbra, temporanea ptosi, tic vari, specie facciali e masticatorii.

Si è talora osservato lo sviluppo di un'adiposità, eventualmente con impotenza, e tendenza a feminilismo. Talora si videro ipertricosi circoscritte.

Il parkinsonismo è tra i postumi più frequenti (25 p. cento circa dei casi). Il parkinsonismo precoce s'inizia già dopo 1-2 settimane di malattia. Il parkinsonismo tardivo può seguire anche alle forme ambulatorie, dopo molti mesi, e fino a 3-4 anni.

Si distingue dalla forma presenile di paralisi agitante per la sintomatologia, l'inizio, il decorso. Il fine tremore manca quasi sempre, ed il quadro spesso non è completo (rigidità circoscritta, della facies, di un arto, ecc., che non tende a estendersi; estrema lentezza dei movimenti). Inoltre spesso coesistono altri postumi, come sonnolenza transitoria, scosse muscolari, anisocoria, nistagmo, perdita della convergenza, eccitamento notturno, ecc. L'inizio è più rapido, ma il male non tende poi ad aggravarsi, anzi nei casi antichi di 4-5 anni tende a lieve miglioramento.

Riguardo all'anatomia patologica dei postumi, furono osservate deposizioni calcaree nelle pareti dei vasi cerebrali (nella media e avventizia), nei piccoli focolai emorragici perivasali, e intorno ai gangli. Simili deposizioni si hanno negli avvelenati da gas di carbone. Talora le lesioni vasali erano causa di malacie circoscritte. Talvolta furono trovate lesioni (malacie, deposizioni calcaree) sui gangli della base e nella substantia nigra.

Non si conoscono mezzi di profilassi nè di efficace terapia. DORIA

I plessi coroidei nelle cerebropatie organiche e nella schizofrenia.

(S. KITABAYASHI. *Journal of nervous and mental dis.*, luglio 1922).

Secondo Pettit e Girard i plessi coroidei sono ghiandole a secrezione esterna, ma a destinazione interna. Cathelin insiste sulla indipendenza della circolazione del liquido cerebrospinale dalla circolazione sanguigna. Monakow attribuisce ai plessi coroidei, insieme con le altre glandole a secrezione interna una funzione biochimica di primaria importanza nello sviluppo, e nell'integrità delle funzioni normali del sistema nervoso. I plessi sono in intimo rapporto funzionale con le parti vicine del cervello (bulbo, tubercolo acustico, benderelle attiche, sostanza grigio-centrale, ecc.) che sono alla lor volta in più o meno stretta relazione col sistema simpatico e servono di base all'elemento emozionale nei processi nervosi.

Sperimentalmente è dimostrato che i plessi coroidei arrestano sostanze coloranti iniettate nel sangue: le medesime sostanze tingono il parenchima nervoso, e lo danneggiano, se iniettate negli spazi subaracnoidei. Embriologicamente, i plessi si sviluppano prima dei vasi sanguigni.

L'azione protettiva deve ritenersi importante sopratutto nelle alterazioni dei processi vitali indotte da fattori psichici, specie emozionali, e principalmente per arrestare o neutralizzare l'eccesso di secrezioni interne neurotossiche che in tali casi sogliono prodursi.

I plessi vengono in ciò coadiuvati dall'ependima ventricolare, dalla nevroglia, dai tessuti perivascolari; alle alterazioni o alla congenita insufficienza di tali strutture viene attribuita importanza da Monakow e dagli spagnuoli, nella patogenesi delle malattie mentali, e specialmente di quelle con spiccate sindromi emotive, come la schizofrenia (*dementia praecox*), e delle neurosi.

L'A. ha studiato i plessi e le parti vicine del cervello in otto casi di schizofrenia (di forme differenti), e, per controllo, di alcune persone normali o sofferenti di malattie acute (appendicite, polmonite, ecc.), nonchè di sofferenti malattie croniche del sistema nervoso, senza sintomi deliranti, o con sintomi deliranti spiccati.

Tutti i casi di schizofrenia presentavano alterazioni anatomopatologiche abbastanza uniformi, e cioè un'atrofia in massa di tutte le cellule ectodermiche ricoprenti le villosità dei plessi: alcune cellule erano soltanto atrofizzate, altre sclerosate, vacuolizzate, degenerate, coi nuclei spostati, deformati, o completamente degenerati. Interi gruppi di cellule furono spesso trovati desquamati, lasciando allo scoperto il tessuto mesodermico, il quale era talvolta in proliferazione, talvolta in atrofia, e spesso conteneva cisti. Nel lume dei ventricoli vi era sempre essudato ricco di cellule e di corpuscoli albuminoidi o amiloidei, di globuli sanguigni in decomposizione, di pigmenti. L'ependima ventricolare era spesso degenerato o mancante per tratti considerevoli. Nel tessuto sottoependimale erano penetrati più o meno profondamente gli elementi osservati nell'essudato: questo reperto era netto in un demente paranoide di 35 anni, pel resto sano, che si

uccise per impiccamento. Ma il reperto non è patognomonico per la schizofrenia: i cervelli di controllo anche presentavano alterazioni. I plessi coroidei sono un organo estremamente sensibile, e si osservano privi di alterazioni solo nei neonati. Sono in certa misura fisiologiche la degenerazione ialina, la desquamazione, la presenza di concrezioni e corpuscoli, e sopratutto la proliferazione del connettivo.

Nei casi di malattie croniche del sistema nervoso senza delirio si osservano le alterazioni predette senza gravi nè estese alterazioni dell'ectoderma dei plessi nè delle pareti ventricolari. Nei casi con sintomi deliranti (allucinazioni, ossessioni, confusione mentale, ecc.) cioè con disintegrazione profonda della vita mentale, vi erano profonde alterazioni dell ependima ventricolare e villi dei plessi, nonchè del tessuto sottoependimale e del tessuto connettivo interstiziale e perivascolare.

Alterazioni simili, insomma, a quelle della *dementia praecox*, ma meno intense, e sopratutto meno diffuse.

Pertanto l'A. conclude che nei plessi coroidei si possono osservare i seguenti gruppi di alterazioni:

1° Alterazioni primitive del mesoderma, con o senza alterazioni secondarie delle cellule ependimali;

2° Alterazioni acute e croniche del tessuto ghiandolare ependimale, con atrofia in massa di interi gruppi di cellule, ed alterazioni simili dell'ependima ventricolare, nonchè penetrazione di prodotti patologici nel parenchina nervoso;

3° Forme miste.

Le alterazioni mesodermiche sono meno gravi, e a lungo tollerate senza sintomi: le altre si sono trovate costantemente nei disturbi mentali gravi.

Ma si tratta di uno stato difettivo dell'ependima che risale al periodo fetale, o di una lesione secondaria a deficienze endocrine, pure segnalate nella demenza precoce (Mott, Kojima)? O le due lesioni sono coordinate, e dipendenti dalla stessa causa, esogena o endogena? Inoltre è anche dubbio se le lesioni dei plessi sono la causa dei disturbi mentali. Certo le lesioni corticali trovate da Alzheimer nella schizofrenia sembrano meno importanti delle lesioni dei plessi.

Ad ogni modo l'A. ha il merito di aver chiamato l'attenzione sull'anatomia delle psicosi, questione finora troppo negletta.

DORIA.

Sulla spina bifida.

(V. KEILER. *Brain*, giugno 1922).

L'A. riassume dapprima lo sviluppo del sistema nervoso centrale e della colonna vertebrale. Nella piastra neurale, ectodermica, dorsale, si produce il solco neurale, i cui margini ispessiti costituiscono le creste neurali. Ventralmente si produce intanto la corda dorsale. Il solco neurale si va poi trasformando in tubo neurale, prima nella regione cervicale, poi verso l'estremità cefalica e caudale, dove rimangono ancora aperti per qualche tempo il neuroporo e il caudoporo. Intanto le creste neurali si segmentano, e dai segmenti hanno origine i gangli delle radici posteriori, e i gangli simpatici, che migrano poi alla periferia.

Nel tubo neurale si differenzia la porzione cerebrale dalla spinale, e in questa si distinguono tre zone: una interna, ependimale, le cui cellule divengono tutte gliali; una media, di neuroblasti (sostanza grigia); una esterna che contiene i gangli spinali e i prolungamenti dei neuroblasti in una rete di glia.

Si forma intanto, dal mesoderma, il triplice rivestimento della pia, aracnoide, dura madre. Intorno alla notocorda si formano i rudimenti dei corpi vertebrali, con i loro processi costali e i processi neurali, donde poi si formano le lamine vertebrali. Alla nona settimana le due lamine si trovano unite dorsalmente da una membrana di connettivo. Alla undecima settimana già si notano i rudimenti dei processi spinosi: prima nel tratto toracico, poi nel cervicale e lombare. I nervi spinali hanno già preso rapporti fissi coi forami intervertebrali, cosicchè quando, a cominciare dal terzo mese, l'accrescimento della colonna vertebrale supera quello del midollo, essi vengono trascinati in alto, e si viene costituendo la cauda. Il *filum terminale*, residuo di cellule indifferenziate, presenta per qualche tempo un canale centrale persistente; la sua estremità prende normalmente aderenza con la superficie cutanea: nel tratto coccigeo è separato dalla cute dagli strati meningei e da una fascia fibrosa, rudimento delle lamine vertebrali coccigee.

L'A. accenna solo ad alcune possibili cause della spina bifida. Essa si osserva in embrioni di pollo male incubati. Ogni disturbo di saldatura delle pieghe midollari porta un disturbo nello sviluppo degli archi neurali delle vertebre corrispondenti, dal semplice ritardo di chiusura del caudoporo, alla mancata formazione di tutto il solco neurale.

Un difetto di sviluppo lieve o transitorio del tubo neurale può non lasciar traccia in

esso, ma lasciarla nelle meningi o nel canale vertebrale. Normalmente il tubo neurale è completamente chiuso alla fine della terza settimana; all'undecima sono chiusi gli archi neurali delle vertebre.

Vari tipi di spina bifida.

1° Semplice difetto mesodermico, donde rachischisi incompleta, ristretta.

a) Spina bifida occulta. Sono normalmente bifide negli europei le apofisi spinose delle prime vertebre cervicali, talora lo è la settima. Mancano normalmente gli archi neurali delle vertebre coccigee e della 5ª sacrale. Il difetto può estendersi in alto, fino alle vertebre lombari: può esservi aderenza delle meningi alla pelle, ipertricosi, abnorme sviluppo di grasso. Questo anzi può dare sintomi di compressione midollare che possono menare alla scoperta della deformità. La diagnosi può talora farsi accidentalmente ai raggi, o all'intervento chirurgico: per lo più è una sorpresa di autopsia.

b) Meningocele. Mancano gli archi neurali di alcune vertebre e vi è una protrusione cistica delle meningi. La pelle al disopra è normale, ma spesso sottile, atrofica, pergamenacea, aderente al sacco meningeo.

In questo la dura e l'aracnoide possono esser fuse oppure separate ma giustaposte avendosi in ambi i casi un'unica collezione liquida. Le collezioni possono essere due, una tra dura ed aracnoide, ed una tra i due fogli dell'aracnoide, oppure tre, per l'aggiunta di un'altra collezione liquida tra aracnoide e pia. Generalmente il midollo è integro.

2° tipo. Difetto mesodermico, insieme a lieve difetto ectodermico, donde rachischisi incompleta ristretta.

a) Mielomeningocele. Il tubo neurale, chiuso, resta in contatto con l'ectoderma per un piccolo tratto generalmente per effetto di un ritardo di chiusura presso il caudoporo. Da questa midolla aderente al sacco le radici escono ventralmente, o, prese nelle aderenze, raggiungono i forami costeggiando il sacco.

La pelle soprastante è sempre pergamenacea.

b) Idromielomeningocele. Per dilatazione del canale ependimale si forma un sacco midollare a pareti sottili, contenuto nel sacco meningeo, donde sorgono radici più o meno perfette.

È un'anomalia non rara, spesso confusa con la precedente.

3° tipo. Grave difetto ectodermico e mesodermico: rachischisi completa.

a) Mielocele (Rachischisi completa ristretta). Due o tre segmenti midollari rimangono aperti e la sostanza midollare affiora alla superficie come un delicato nastrino. Ciò può accadere alla regione cervicale o alla regione sacrococcigea. La pelle intorno è pergamenacea. Le meningi, al di sotto, possono formare una raccolta cistica: specie nel tratto sacrale, la tensione può ulteriormente atrofizzare la benderella di midollo, ed essudati infiammatori possono coprirla, mentre il soprastante midollo normale può esser tratto in basso e sembra terminare nella parete del sacco, simulando un mielomeningocele.

Questo difetto si associa generalmente ad idromielia e siringomielia, come in tutti gli altri casi nei quali è interessato il midollo.

b) Mielocele (Rachischisi completa parziale o totale). Condizione simile alla precedente ma più estesa. Non vi è mai raccolta liquida sottostante. Il midollo è più o meno differenziato, ma generalmente resta allo stato embrionale. Può però risalire, e costituirsi un filo terminale: in corrispondenza di esso le vertebre sacrali possono essere normalmente sviluppate. Dai tratti atrofici non si formano radici e gangli.

È difficile raccogliere statistiche sulla spina bifida anche per la non uniformità di nomenclatura. I casi gravi soccombono prima della nascita o poco dopo per infezione. I semplici difetti vertebrali sono piuttosto frequenti. L'A. riferisce esattamente sette casi, tre osservati al tavolo operatorio e quattro in museo.

Dalle statistiche risulterebbe 1 caso di spina bifida su mille nati, esclusa naturalmente la spina bifida occulta, che secondo S. Clark si presenterebbe nel 5 per cento dei casi con sintomi nervosi. In più dell'80 per cento dei casi è leso il tratto lombosacrale, nel 9 per cento il cervicale. Nel 70-80 per cento dei casi si tratta di meningomielocele.

Spesso vi sono anche anomalie nello sviluppo del cervello, o di altri organi, labbro leporino, ectopia vescicale, ecc. L'idrocefalo può coesistere, e può talora svilupparsi dopo l'operazione. L'idromielia è frequente, anche in assenza d'idrocefalo. L'idromielomeningocele, importa lesioni midollari estese più in alto di quanto appare.

Paralisi degli sfinteri e degli arti posteriori, e anestesia sopra le aree dei nervi interessati nella lesione, possono presentarsi, e costituiscono un sintoma dello stato morboso più che una complicazione.

La maggior parte dei casi non trattati muore in pochi mesi, per marasma, per infezioni intercorrenti, per idrocefalo, per rottura del sacco, per meningite. In alcuni casi lievi il sacco può retrarsi gradualmente, ed aversi così la guarigione.

Dei casi operati, il 27 per cento soccombono all'intervento, il 7 per cento nei primi tre mesi per idrocefalo o marasma, generalmente. (Moore). Probabilmente la mortalità sarebbe ancora più alta se le statistiche fossero complete.

La prognosi sarebbe migliore intervenendo dopo i 5 anni di età.

L'ulcerazione o la rottura del sacco si presenta nel 25-30 % dei casi. Note flogistiche del sacco sono ancora più frequenti. Pertanto si raccomanda un intervento precoce. Alcuni autori però preferiscono attendere la formazione dell'idrocefalo, che non di rado accade qualche tempo dopo la nascita, anche negli operati, per non fare un'operazione inutile.

Non si discute l'operabilità dei meningoceli: l'intervento precoce è raccomandato, oltrechè dal timore di rottura, dal minor grado di choch che gl'interventi sul midollo producono nei piccoli bambini. La guarigione spontanea, nella maggior parte dei casi è poco probabile. Nel dubbio della presenza di elementi nervosi nel sacco, tener conto delle paralisi, specie degli sfinteri, e delle anestesie, specie perianali. La transilluminazione può ingannare, per la presenza di aderenze tra gli strati meningei. L'aderenza del midollo col sacco si può indurre da un tratto ispessito nella sottile parete del sacco, o da un'ulcerazione coperta da una superficie granulante ombelicata. La presenza di pelle che copre tutto il sacco non esclude un mielocele; è da ricordare che il mielomeningocele è frequente, mentre è raro il semplice meningocele: questo di rado ha larga base.

L'indicazione operatoria quando è leso il midollo è discutibile: il tratto inferiore è praticamente inutile, e poco si giova il tratto superiore della cessata trazione.

Metodi operatori. Conviene disseccare accuratamente le radici nervose dal sacco, se il midollo è più o meno normale. La dissezione riesce impossibile quando il midollo è molto assottigliato e aderente al sacco, ma allora è anche inutile. La Ferte ed altri, per conservare il più possibile il midollo, hanno tentato di infossare la porzione di parete del sacco alla quale il midollo stesso è aderente, ma essendo costretti in pratica a comprendervi quasi sempre la pelle, la meningite in tali interventi è la regola. Inoltre non vale la pena di conservare la continuità di tali midolli, poichè il tratto distale risulta praticamente privo di funzione, per il deficiente sviluppo e le alterazioni flogistiche, sia all'esame neurologico che istologicamente. Si può solo sperare che ai segmenti più in alto della lesione vengano risparmiati ulteriori danni. Inoltre il metodo La Ferte, nella migliore ipotesi, può provocare in seguito sintomi di compressione midollare, anche per il facile sviluppo di una cisti dermoide. Però gli accidenti postumi non compaiono nelle statistiche, perchè pochi operati sopravvivono a lungo, e i sopravvissuti si rivolgono in genere a un altro chirurgo.

Il metodo razionale nei casi di aderenza del midollo al sacco consiste nel sezionare il midollo quanto più in basso è possibile, senza lasciarvi aderente tessuto infiammatorio nè tratti di cute; l'estremo inferiore di questo midollo normale va leso il meno possibile, onde non si legherà in massa, ma con filo sottile si allacceranno i vasi anteriori, usando aghi sottilissimi. Similmente si fisserà il moncone di midollo al canale vertebrale. Le radici che ne derivano vanno rispettate e isolate con cura dal sacco prima della sezione del midollo; va ricordato che esse hanno spesso, nel sacco, un decorso ricorrente. La loro sezione è generalmente responsabile dell'aumento eventuale delle paralisi dopo l'operazione.

Salvo nei casi di spina bifida occulta con segni di compressione, e in un piccolo numero di meningoceli con aderenza o trazione delle radici, ma senza lesione midollare, non si può attendere dall'operazione alcun miglioramento funzionale. Si può solo sperare che la funzione dei segmenti al disopra della lesione non venga ulteriormente compromessa dalla trazione, dalla compressione, o dall'infiammazione.

Solo in pochi casi, anche nel meningocele puro, non c'è paralisi degli sfinteri. Ciò induce a credere che la lesione iniziale fu nell'ectoderma neurale. È spesso difficile stabilire se in un tumore lombosacrale si trova la sola canda, o anche il tratto inferiore del midollo, tuttavia ciò sarebbe importante per la prognosi dell'incontinenza.

Quando vi è paralisi degli arti inferiori vi è quasi certamente aderenza al sacco del midollo, che generalmente è leso, onde la paralisi è irrimediabile.

Dalla statistica di Sachtleben risulta che su trenta casi solo cinque, di meningocele, ebbero una guarigione radicale. Nei trenta casi di Hormer ve ne erano venti con paralisi: essa crebbe in tre, rimase stazionaria in nove, migliorò in otto; di questi otto cinque morirono poi per idrocefalo o infezione. Uno con incontinenza preoperatoria migliorò dopo quindici mesi, uno con paralisi del piede e anestesia delle gambe guarì dalla sola paralisi, non dall'anestesia. Uno con paralisi delle gambe stava bene dopo sedici mesi. Hormer conclude che in qualche caso la paralisi è dovuta a trazione, conviene quindi operare nei casi di midollo aderente. DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. SEVERO GALBUSERA. *L'Igiene delle carni alimentari, fresche, preparate e conservate.* Animali da macello, animali da cortile e selvaggina; pesci, molluschi, crostacei. Padova, «La Litotipo, Editr. Universitaria». Lire venti.

L'A. per molte pubblicazioni notissimo in questo ramo di studi raccoglie in questo volume quanto riguarda il problema dell'ispezione delle carni, portandovi un contributo del tutto personale.

Nella forma più piana, il libro, raccolta e commentata la parte legislativa, parla delle carni dei comuni animali da macello; dei caratteri differenziali di carni e visceri; della visita prima, durante e dopo la macellazione; delle malattie infettive, parassitarie. Argomenti in qualche vecchio testo non svolti o appena toccati (ispezione dei pesci, carni conservate e preparate, avvelenamenti da carne) trovano speciale svolgimento.

Tutti i medici, specialmente se Ufficiali sanitari, avranno in questa pubblicazione una sorgente preziosa di informazioni, di idee nuove e pratiche. Prof. ODDO CASAGRANDI.

CIANI GABRIELLO. *Actinomicosi e Streptotricosi.* Supplemento agli «Annali di Igiene», anno XXXIII. In-8 di pag. 135, con due tavole. 1923.

Non v'è forse in batteriologia un campo tanto vago ed indeterminato quanto quello riguardante il gruppo di microorganismi, che vanno sotto i nomi di *Streptothrix, Oospora, Actinomyces, Nocardia*, ecc. L'A., prendendo l'occasione da osservazioni fatte in un individuo affetto da grave forma polmonare simulante la tubercolosi e dovuta invece ad una *Streptothrix*, sottopone ad accurata revisione critica tutto il gruppo. Mette in luce nuovi fatti anche sulla tecnica, di cui fissa i particolari per lo studio di tali microrganismi: dimostra la utilità di ridurre tutte le diverse denominazioni ad una sola specie: *Streptothrix;* fa rilevare la diffusione di questi germi e la possibilità che vi si riscontrino forme patogene, risalendo poi a considerazioni generali sul saprofitismo e sul parassitismo. Dà inoltre indicazioni sulla patogenesi, profilassi e cura delle affezioni da streptotricee.

A prescindere da un lavoro esauriente sugli actinomiceti del terreno, fatto da studiosi americani, mancava uno studio d'insieme di questi germi, che ne prendesse in esame tutte le attività biologiche. Il lavoro dell'A., condotto con rigorosa tecnica sperimentale, costituisce quindi un ottimo caposaldo per lo studio di questo interessante gruppo. *fil.*

L. MORINI. *Ricerche microscopiche e sperimentali sulla presenza della spirocheta pallida nei tessuti e nelle secrezioni fisiologiche e patologiche dei luetici.* (Tesi di libera docenza). Un vol. di p. 482. Modena, Società Tipogr. Modenese, 1923.

L'A. ha riassunto in questo lavoro lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla spirocheta pallida e sulla sua presenza nei tessuti, nelle secrezioni e nei prodotti patologici dei luetici. Il lavoro è diviso in sette parti che comprendono la morfologia, i metodi di colorazione, la cultura della spirocheta pallida; la trasmissione sperimentale agli animali e specialmente al coniglio: le ricerche della spirocheta pallida nelle manifestazioni cutanee e mucose della sifilide nei suoi diversi stadi, e nei condilomi acuminati dei luetici, nel tessuto linfoglandolare, nel sangue e nelle ghiandole salivari: le ricerche negli organi di senso, nei vari apparati, ecc. L'ultima parte è dedicata alla sifilide ereditaria ed alla dimostrazione della s. p. nel cordone ombelicale e nella placenta e nei vari organi del feto. Ogni parte è corredata da ampia bibliografia ed in molte di esse l'A. ha portato il contributo di notevoli ricerche personali che accrescono importanza al lavoro.

Monografia molto ben condotta e completa sotto ogni riguardo, che consigliamo assai volentieri a coloro i quali desiderino approfondire questi argomenti di tanto interesse scientifico e pratico. V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria dell'8 luglio 1923.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Sopra un caso di eunucoidismo tardivo.

Prof. V. ASCOLI. — Riferisce la storia di un uomo di 30 anni che all'età di 19 perdette i capelli, la barba e i peli di tutto il corpo e che mentre ebbe la rinascita dei capelli e in parte delle sopracciglia e in piccola parte dei peli del pube e delle ascelle, venne presentando sempre più spiccata atrofia dei testicoli e sempre più manifesta depressione delle funzioni sessuali. Fino a questa età le funzioni sessuali erano fiorenti.

Accanto alla atrofia testicolare presenta atrofia della prostata; laringe un po' femminea. Il colorito della pelle è giallo pallido, il pannicolo adiposo bene conservato ma non esagerato in nessun punto, la muscolatura volontaria un po' flaccida. La proporzione delle forme è armonica e perfetta. La psiche, che era normale, ha acquistato un carattere di tristezza e di malinconia da un anno circa, quando scomparve non solo la potenza vi-

rile, ma persino la libido. Negli ultimi mesi ha presentato convulsioni epilettiche.

Come precedente importante l'O. ricorda una ferita del sincipite avuta in guerra nel 1915.

Fra le cause cui possa riportarsi la trasformazione subita dal paziente, l'O. non ha potuto rinvenire che una malattia sofferta a 19 anni e caratterizzata da diarrea con premiti e modica febbre durata non più di 15 giorni. È da escludere ogni trauma o affezione venerea.

L'O. accenna che casi analoghi furono descritti da GANDY come di *infantilismo reversivo*, da CLAUDE-GOUGEROT come di *atrofia testicolo-tiroideo-surrenale*, e da FALTA come *eunucoidismo tardivo*. L'O. ha preferito questa denominazione come più descrittiva e concreta.

Sulla questione che si dibatte se si tratti di affezione pluriglandolare o di affezione degli organi sessuali, l'O. conviene che per l'inizio del suo caso, per la evoluzione progressiva, per la contemporanea lesione anche dell'ipofisi (sella turcica piccola) nel caso in esame si abbia un'alterazione pluriglandolare, ma l'ha definito come *eunucoidismo tardivo* per il prevalere dei fenomeni di deficienza sessuale e per distinguerlo nettamente da altri quadri di sindromi pluriglandolari.

Le convulsioni epilettiche che sono giunte negli ultimi giorni fino a produrre uno stato di male, sono molto comuni nell'eunucoidismo, anche tardivo, e però possono legittimamente collegarsi alle condizioni genetiche della sindrome. Tuttavia nel caso attuale l'O. riconosce che una predisposizione forse preesisteva, come risulta dalla enuresi notturna persistita fino ai tre anni, e assegna importanza anche agli esiti della ferita del sincipite (radiologicamente dimostrabile la frattura del tavolato osseo al vertice). L'O. conclude riassumendo i dati che rendono interessante la sindrome complessa ed evolutiva presentata dal soggetto.

Il socio prof. BILANCIONI conferma i dati esposti dall'O. e riferisce sui caratteri del laringe nelle modificazioni sessuali, in rapporto con le funzioni endocrine glandulari.

Il socio prof. G. ALESSANDRINI ricorda che, negli animali, le infezioni, specialmente se colpiscono l'intestino, possono determinare atrofia degli organi genitali.

Ulteriori ricerche nella fosfoglicerasi.

Prof. A. CLEMENTI. — L'O., presentato dal socio prof. S. BAGLIONI, dice di aver ricercato se la fosfoglicerasi, da lui stesso per la prima volta dimostrata, è un fermento distinto dalla lipasi. L'O. ha potuto stabilire che il succo pancreatico da fistola pancreatica permanente alla Paulow nel cane, anche se attivissimo nell'olio di mandorle dolci, non è atto ad idrolizzare l'acido fosfoglicerico. L'O. conclude che la fosfoglicerasi del succo enterico è biochimicamente di natura enzimatica, nettamente distinta dalla lipasi.

La preparazione dell'insulina e la sua azione.

Proff. U. SAMMARTINO e D. LIOTTA. — Presentato dal socio prof. LO MONACO il prof. SAMMARTINO, anche a nome del prof. LIOTTA, riferisce di aver preparato un estratto alcoolico di pancreas, seguendo i dati forniti dagli studiosi americani, capace di determinare ipoglicemia negli animali. Successivamente, con lievi modificazioni, hanno potuto ottenere un estratto analogo all'insulina di MACLEOD. Con tale estratto, sperimentando in conigli a digiuno, han potuto riprodurre ipoglicemia e una sindrome convulsiva, facilmente sopprimibile per mezzo dell'iniezione di glucosio, e confermare il costante effetto sull'abbassamento del titolo glicemico nei conigli normali e iperglicemici. L'estratto è stato usato anche in un caso di diabete grave, complicato ad un favo della nuca, con utile effetto sulla glicemia, senza vantaggio per il decorso fatale della malattia.

Zone cutanee epilettogene ed epilessia riflessa.

Prof. T. PONTANO. — L'O., dopo aver ricordato le conoscenze attuali sul problema sperimentale e clinico dell'epilessia riflessa, porta un contributo clinico nel quale erano esattamente rilevabili le condizioni nelle quali la particolare forma di epilessia si determina. Secondo l'O. è necessario che esista una lesione cerebrale, la formazione di una zona cutanea determinata epilettogena, e una particolare predisposizione: tali condizioni sono state ritenute necessarie anche negli animali da esperimento.

Sulla così detta legge del cuore.

Prof. D. MAESTRINI. — L'O. richiama le sue esperienze del '15 e ricorda i dati della « legge del cuore », da lui stabiliti: « quanto maggiore è la distensione della fibra cardiaca, entro determinati limiti, altrettanto maggiore è il lavoro eseguito dal cuore ». Tale legge fu trovata esatta nel '18 dallo STARLING. L'O. aggiunge che tale legge si verifica tanto per l'attività atriale quanto per la ventricolare, ma soltanto in cuori validi. In cuori debilitati si trova la tendenza a rispondere con contrazioni più energiche nel principio, ma poi la distensione porta lo sfiancamento con sistoli insufficienti, intercalate da lunghe pause.

Seduta ordinaria del 29 luglio 1923.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Insulinoterapia in diabetico grave.

Il prof. V. ASCOLI illustra, presentando il malato, un caso di diabete grave, che in stato comatoso è stato trattato con estratto pancreatico (insulina), preparato nella Clinica, con effetto immediato utile sia nelle manifestazioni cliniche che nei saggi della glicemia e della glicosuria.

Varietà cliniche delle leucemie acute.

Prof. M. GHIRON. — L'O. riassume le note cliniche, ematologiche, e anatomopatologiche di due malati di leucemia acuta. Nelle osservazioni riferite la sindrome anemico-perniciosa ha preceduto

la esplosione leucemica. Le ricerche etiologiche hanno dato risultato negativo.

Il socio prof. ARCANGELI ricorda un caso di leucemia acuta con sindrome infettiva, con emocitoblasti, senza sindrome leucemica.

Il GHIRON ricorda che anche le aleucie sogliono presentare una fase perniciosa, rara nelle forme mieloidi.

I fenomeni della fecondazione nelle Helix.

Prof. P. DORELLO. — Secondo l'opinione concorde degli autori, che si sono occupati dell'argomento, la piccola vescicola, in cui sbocca il dotto ovario-testicolare, sarebbe il luogo in cui avviene la riunione del nemasperma coll'uovo e perciò fu chiamata camera di fecondazione.

L'O., dopo accurate ricerche ha potuto vedere che l'unione dell'uovo col nemasperma avviene nel dotto ovario-testicolare, per cui la così detta camera di fecondazione, accogliendo l'uovo già fecondato, non merita questo nome: essa è semplicemente una camera d'aspetto, nella quale le uova attendono il loro turno per scendere nell'ovidutto e ricevere i loro involucri.

Lo sviluppo della cartilagine intercalare nei sauri.

Prof. P. DORELLO. — Secondo le ricerche di VERSLUYS la cartilagine intercalare della Lacerta non è altro che il processo dorsale della *columella auris*, che si distacca dal suo terreno di origine e si viene a mettere tra l'estremità dorsale del quadrato ed il processo parotico. DORELLO, avendo osservato che nella Seps la columella durante il suo sviluppo non presenta affatto il processo dorsale, ha voluto studiare in questa specie lo sviluppo dell'intercalare ed ha visto che esso si forma a spese della estremità dorsale ancora blastematica dell'abbozzo del quadrato e ben presto si presenta come un nodulo cartilagineo abbastanza voluminoso, che dorsalmente è unito per mezzo di connettivo al processo parotico, ventralmente è collegato per un'articolazione diartrosica colla testa del quadrato: colla sua faccia mediale poi presta attacco al tendine della columella. Successivamente collo svilupparsi dello squamoso la parte laterale dell'intercalare viene sostituita da questo osso e quindi perde molta della sua importanza nella funzione articolare e così si mette principalmente a servizio della cassa del timpano, determinando coi suoi spostamenti variazioni della tensione del tendine columellare.

Ricerche sulla reinfusione sanguigna.

Dott. C. ROSSI. — Presentato dal socio prof. N. LEOTTA, l'O. riferisce come le sue esperienze confermino quelle della clinica che già da tempo ha approvato come utile espediente il metodo della reinfusione con la riserva però di escludere l'uso del sangue che abbia dimorato nella cavità addominale oltre un certo limite di tempo fissato in 12-15 ore. La distruzione del sangue reinfuso è solo parziale e lenta ed è verosimile che nella maggior parte esso si mantiene vivente e funzionante.

Sulla produzione e sulle vie di eliminazione del liquor.

Prof. G. D'AYALA. — Espone gli argomenti su cui poggiano le sue vedute sulla origine differente del liquor ventricolare e del liquor subaracnoideo.

E. GROSSI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta dell'11 luglio 1923.

Saggi sulla funzionalità epatica nel Parkinsonismo post-encefalitico.

PAOLO OTTONELLO. — Traendo argomento dalla osservazione del prof. O. Rossi riguardante un reperto di cirrosi epatica tipo Wilson, riscontrato in un a. affetto da parkinsonismo post-encefalitico, nel quale la diagnosi clinica venne confermata dalla diagnosi istologica, l'O. istituisce una serie di ricerche sistematiche in dieci a. di encefalite cronica, che rientrano, per le loro caratteristiche cliniche, fra le sindromi amiostatiche.

Le ricerche, dirette a mettere in evidenza le condizioni di funzionalità del fegato in questa malattia, interessano il metabolismo azotato, la funzione sulfurea, la glicoregolatrice, la biligenetica. Sperimentalmente vennero studiate ancora la funzione ureogenica mediante la somministrazione di acetato d'ammonio, la glicoregolatrice con la somministrazione di glucosio e col trattamento adrenalinico, l'antitossica per mezzo del bleu di metilene e del salicilato di sodio, la proteopepsica per mezzo della emoclasia digestiva di Widal, la adipolitica per mezzo della prova recentemente suggerita da Galdi.

I risultati ottenuti, pur considerando lo scarso valore di una casistica ancora limitata, sono interessanti per la loro uniformità.

Nei 10 casi presi in esame si trovarono valori costantemente bassi dell'N totale (m. di Kjeldal), dell'N ureico (m. di Folin), diminuzione, in certi casi notevole, del coefficiente azoturico (70-55 %). In una gran parte dei casi si trovò aumentata la quantità di N ammoniacale e di N amminico (m. di Schloesing, m. di Ronchese-Malfatti); aumento notevole in 4 casi, dello S neutro (m. di Hess), ed in 7 del rapporto tra S acido e urea. Risultarono inoltre positive: l'ammoniuria sperimentale in 5 casi, la glicosuria sper. in 4 casi, la glic. adrenalinica in 7 casi, la prova di Roch in 7 e quella del salicilato di sodio in 6 casi. I risultati ottenuti con le prove di Widal e di Galdi non offrono ancora per l'O. sufficienti garanzie, la prima per il disaccordo che regna nell'interpretazione di essa, la seconda per non aver subito ancora il controllo necessario. La crisi emoclasica fu positiva in 8 casi, dubbia in 2, ma non si ritrovarono mai in uno stesso caso tutti gli elementi che la compongono; si ottennero sempre delle crisi dissociate. La prova di Galdi fu esperimentata in 5 casi, fu positiva in 3 di essi. La ricerca dell'istammina, la sostanza che Buscaino trova costantemente nelle orine degli encefali-

tici cronici, non ha dato risultati molto attendibili.

Oltre alla coesistenza in ogni caso di diversi degli elementi sopra elencati, sul singolo valore dei quali l'O. non si sofferma, in 4 casi erano dimostrabili nelle orine quantità, a volte rilevanti, di sostanze riducenti, in 3 casi urobilina, in un caso glicosuria spontanea di alto grado (0.8 %). Ancora in 6 casi il fegato era aumentato di volume, in uno invece l'area di ottusità epatica era notevolmente diminuita; un altro caso presentava costante tinta subitterica della cute.

L'O. non trova correlazione tra la gravità della disfunzione epatica e la gravità del quadro neurologico, la durata della malattia, le condizioni generali di nutrizione dei pazienti.

Riservandosi di trarre in seguito eventuali considerazioni patogenetiche, l'O. si limita a confermare, nelle linee generali, i risultati già resi noti da Steern e Majer-Bisch e a giudicare impropria la classificazione delle sindromi postume da E. E. in sindromi motorie, psichiche, e sindromi a carico del ricambio, proposta recentemente da Nonne.

Nei casi esaminati coesistevano, infatti, sintomatologia extra-piramidale, talvolta molto spiccata, e disturbi a carico del ricambio intermediario.

Reviviscenza della glandula mammaria nell'uomo in casi di cirrosi epatica atrofica.

R. SILVESTRINI. — L'O. espone quattro osservazioni da lui fatte di notevole reviviscenza della ghiandola mammaria in uomini affetti da cirrosi di Laennec. Nell'ultimo di questi casi, accolto nella clinica medica di Perugia, la ghiandola mammaria destra soltanto cominciò a farsi appariscente ed a crescere durante il soggiorno del malato in clinica, a destra dove era assai evidente la rete venosa superficiale. L'infermo morì, la ghiandola fu tolta e si ritrovò che il diametro alla base misurava sette centimetri. Pezzi della ghiandola furono fissati in varii liquidi fissativi e se ne fecero sezioni colorate con varii metodi. Queste sezioni dimostrano acini di conformazione normale, altri deformi in quanto si vede lo strato delle cellule ghiandolari contornare una grande cavità anfrattuosa; lo strato cellulare in molti acini è molto spesso. Le singole formazioni ghiandolari sono contornate da tessuto connettivo, disposto quasi in strati concentrici, così che a piccolo ingrandimento si vedono tanti isolotti e nella zona di unione di un isolotto cogli altri circostanti si nota grande abbondanza di vasi venosi.

L'O. discute sulle possibili cause di questa reviviscenza mammaria, crede che sostanze le quali avrebbero dovuto essere trasformate nel fegato vengano a contatto coi residui della ghiandola mammaria maschile ed esercitino funzione ormonica eccitando gli elementi residuali a funzionare quindi a proliferazione. Ricorda che, turbata la funzione ormonica, si possono osservare certe reviviscenze ghiandolari; ad es. la reviviscenza timica nel morbo di Basedow, gli adenomi prostatici dei vecchi e fa osservare che proprio nel periodo del tramonto genitale, quando è così forte il mutamento della situazione ormonica, è l'epoca dello sviluppo di certi tumori.

Sull'ascoltazione del murmure vescicolare nelle regioni lombari.

R. SILVESTRINI. — L'O. ha osservato che la trasmissione del respiro normale si ha nelle regioni lombari e precisamente in una zona che in basso raggiunge una linea tirata fra la terza e la quarta lombare o, al massimo, tirata a livello della quarta perpendicolarmente alla vertebrale. Partendosi dalla vertebrale all'altezza della prima e seconda lombare e portando lo stetoscopio verso l'esterno, il respiro si perde a 7-8 centimetri dalla vertebrale.

L'arco su cui si ha trasmissione del respiro corrisponde all'area d'ottusità che alla percussione profonda si può iscrivere posteriormente.

Tale zona non è limitata in alto lateralmente da una linea tirata perpendicolarmente alla vertebrale a livello della decima vertebra dorsale come si dice anche in recenti trattati di semeiotica, ma si comporta superiormente nel modo descritto dal GROCCO nel 1911 e da sue modificazioni si possono trarre utili deduzioni per la diagnosi. L'O. presenta un giovinotto in cui ha iscritto i limiti superiori di questa zona d'ottusità posteriore, i limiti laterali, il limite inferiore. Su tutto il tratto lombare d'ottusità fino al limite esterno, fino al limite inferiore che è dato come limite dell'ottusità renale, si ha la trasmissione del respiro.

L'O. ha voluto ricercare in cadaveri di giovani soggetti magri aprendo due sportelli dall'esterno all'interno nel tratto compreso fra la decima dorsale e la quarta lombare la posizione dei visceri sottostanti. Ha osservato che il margine esterno dei reni corrispondeva infatti ai punti di maggiore oggetto della zona d'ottusità, che il polo inferiore del rene sinistro scendeva fino a livello della terza lombare, mentre il destro scendeva di poco più in basso: differenza trovata da tutti i ricercatori. All'infuori ed al di sopra del rene a destra si scopre così un tratto di fegato, all'infuori del rene destro anse del piccolo intestino, all'infuori del rene sinistro il colon discendente.

L'O. osserva che la trasmissione del respiro nelle regioni lombari corrisponde troppo alla zona occupata dai reni per non dare importanza alla presenza di questi organi per la produzione del fenomeno.

In queste regioni si trasmettono bene rumori abnormi d'origine bronco-polmonare: ma delle varie applicazioni che può avere in clinica il segno descritto l'O. si ripromette di dar notizia dopo ricerche più estese e più accurate.

DE-BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

IMMUNOLOGIA, SIERI E VACCINI.

Anafilassi e tachifilassi per via nasale.

Traina S. (*Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma*, anno 1923) ha voluto ripetere, per quella parte che può interessare la pratica medica, le esperienze di Petragnani sull'anafilassi e deanafilassi per via nasale. Mentre però questo autore si è servito di siero fresco di pecora per le esperienze sulle cavie, il Traina ha usato quei sieri che comunemente trovansi in commercio ed i quali, come si sa, per la lunga stagionatura in appositi refrigeranti o per i processi di tyndalizzazione a cui vengono sottoposti, perdono gran parte del potere anafilattizante dei sieri freschi.

Appunto nella diversità dei sieri usati, va forse ricercata la spiegazione dei risultati completamente diversi ottenuti dai due autori. Il Petragnani ha trovato che le cavie iniettate sottocute con siero fresco di pecora muoiono o presentano fenomeni anafilattici gravi quando vengono instillate nel naso, 15-20 giorni dopo dalla iniezione preparante, con alcune gocce dello stesso siero; il Traina, ripetendo la stessa esperienza nelle medesime condizioni, ma usando siero antidifterico del commercio, non ha mai osservato sintomi anafilattici di una qualche entità. Invertendo l'esperienza, iniettando prima siero fresco nel naso e poi lo stesso siero, alla debita distanza di tempo, per via endovenosa, il Petragnani ha ottenuto egualmente la morte degli animali per fenomeni anafilattici; il Traina, usando siero antidifterico, non ha mai avuto gli stessi risultati.

L'A. ha ripetuto sull'uomo le esperienze fatte sulle cavie.

Soggetti iniettati per via sottocutanea da almeno 15 giorni con siero antidifterico, venivano tamponati nel naso, per la durata di un'ora circa, con batuffoli di ovatta bagnati di siero antidifterico. Durante la permanenza dei tamponi nel naso, e dopo, non si presentarono fenomeni anafilattici apprezzabili clinicamente, all'infuori di un discreto aumento nella frequenza del respiro, attribuibile del resto in parte alla ostruzione nasale. Solo l'esame di sangue, con una certa diminuzione dei polinucleati, aumento dei linfociti, leucopenia, ecc., e l'abbassamento della pressione arteriosa, rendevano probabile l'ipotesi che nei soggetti in esame si era verificata una piccola crisi colloidoclasica.

Che poi questa piccola crisi colloidoclasica altro non rappresenti che uno stato di tachifilassi, ossia di rapida protezione, l'A. ha creduto di dimostrare in base alla circostanza che non si ottenevano fenomeni anafilattici quando si iniettavano ancora gli stessi soggetti per via sottocutanea.

L'A. non conclude che per il fatto dell'assorbimento di siero per via nasale si debba sempre provocare uno stato di tachifilassi tale da poter sostituire la pratica deanafilattizzante proposta dal Besredka; solo si limita a dichiarare che i risultati ottenuti con siero fresco nelle cavie sono diversi da quelli che si possono ottenere sia negli animali da esperimento che nell'uomo, con l'uso di siero lungamente stagionato, il quale ha potere anafilattizzante molto minore.

A. PARLAVECCHIO.

Profilassi e sieroterapia della spirochetosi ittero-emorragica.

Molte vie, afferma R. Inada (*The Japan med. World*, rif. in *La Presse méd.*, 1922, n. 92) sono aperte alla profilassi della malattia in questione, estendentesi di anno in anno sempre più.

Anzitutto la vaccinazione, impiegata in migliaia di casi da Ito e Matsuzachi, Wanì. Le reazioni generali consecutive alla vaccinazione sono rare, le reazioni locali hanno scarsa importanza. La mancanza di anticorpi, dimostrabile nel siero di alcuni vaccinati, non implica la assenza di immunità. Inada preconizza l'uso di vaccini ricchi in spirocheti.

Si è cercato di modificare il terreno, in seguito alle osservazioni di Ito sulla frequenza della malattia in località a terreni alcalini o neutri, e sulla sensibilità degli spirocheti agli acidi. Un'acidità del suolo del 0.01 per cento, basta per ucciderli senza nuocere alla vegetazione.

La lotta contro i ratti deve essere proseguita con vigore. L'isolamento dei malati non è necessario: le feci ed urine saranno però accuratamente disinfettate.

Si ricorderà che lo spirochete può entrare nell'organismo attraverso la pelle intatta: mosche e zanzare non sembrano essere agenti di trasmissione. Il ruolo delle pulci è mal precisato.

La sieroterapia si è dimostrata efficace, a patto però d'essere precocissima, non oltre i

sette giorni dall'inizio dell'affezione. L'azione dell'iniezione intravenosa (40 cc. al giorno in due volte) è più rapida. La sieroterapia porta spesso l'abbassamento della febbre, diminuzione dell'intensità e della durata dell'ittero, delle emorragie, degli ascessi. Le spirochete, come lo dimostra l'inoculazione nelle cavie, sono completamente distrutte in tre ore con un siero del titolo di 0.01. Le spirochete sono distrutte non solo nel sangue, ma anche negli organi. La produzione di anticorpi immunitari è più marcata con l'iniezione intravenosa che con l'iniezione sottocutanea.

MONTELEONE.

La profilassi degli accidenti da siero.

È un fatto che gli accidenti gravi da siero sono piuttosto rari, sebbene siano stati osservati da parecchi autori casi di morte e di grave collasso; vi sono inoltre gli accidenti benigni, come esantemi, pruriti, dolori articolari che sarebbe bene evitare. J. A. Munoyerro (*La Medicina Ibera*, 14 ottobre 1922) consiglia quindi anzitutto di limitare l'uso del siero ai casi in cui esso rappresenta un'indicazione netta; tale rimedio va somministrato secondo regole determinate e non va considerato come una panacea. Quando poi si è decisi all'uso di esso, è necessario adottare il trattamento preventivo antianafilattico in tutti i casi e non solo in quelli che hanno ricevuto antecedentemente un'iniezione di siero. Il procedimento consigliato, derivato da quello di Besredka, è il seguente: nei casi urgenti iniettare nella vena dapprima un quarto di cmc., seguito, dopo 10 minuti da un cmc.; dopo altri 20 minuti, iniezioni endovenosa od endorachidea di 20-30 cmc. Nei casi in cui si può attendere, iniettare due cmc. sottocute o nel rachide; fare l'iniezione totale quattro ore dopo nel primo caso e due nel secondo, aggiungendovi un mg. di adrenalina. Fare ingerire ogni ora una pozione di cloruro di calcio.

fil.

Sulla sieroterapia specifica della polmonite da pneumococco di tipo I.

E. Locke (*Journ. A. M. A.*, 26 maggio 1923), riporta varie statistiche di ospedali civili e militari. Nel complesso pare che la somministrazione del siero specifico nelle infezioni polmonari da pneumococco tipo I sia di assai scarsa utilità, sia riguardo alla durata della malattia che alla mortalità media. Forse un più evidente vantaggio si può avere somministrando il siero nei primi tre giorni di malattia. Ad ogni modo finora la questione non può dirsi risolta.

DOR.

Guarigione dell'eresipela cronica con i metodi di desensibilizzazione.

Ravaut e Rabeau (rif. in *Presse médicale*, 17 marzo 1923), riportano l'osservazione di una donna che soffriva di eresipela recidivante alla gamba la quale era in un vero stato di elefantiasi e ribelle ad ogni cura. Gli AA. applicarono il metodo di desensibilizzazione, praticando iniezioni endovenose di iposolfito di sodio (5-20 cmc. della soluzione al 20 %); ad ogni iniezione si produsse nella regione eresipelatosa una reazione dolorosa con sensazione di bruciore ed aumento del rossore, fenomeni che scomparivano in poche ore e che possono ritenersi paragonabili alla reazione di Herxheimer nella sifilide.

Gli attacchi eresipelatosi andarono diminuendo di intensità e di durata, facendosi più rari e scomparendo del tutto; scomparve con essi la febbre che li accompagnava; l'adenopatia inguinale, che aumentava ad ogni attacco, subì una regressione ed analogamente l'elefantiasi. Oggi la malata può considerarsi guarita, poichè da quasi cinque mesi gli attacchi non si sono più ripetuti.

A. Z.

SEMEIOTICA.

Lo svuotamento gastrico studiato radiologicamente sotto l'azione degli agenti specifici esterni.

È già nozione empirica comune che gli agenti fisici esterni (caldo) oltre ad un'azione diretta sulla superficie del corpo possono avere influenza anche sugli organi interni: il calore del resto provocando una iperemia ed una più intensa irrorazione degli organi profondi ha azione calmante sui nervi sensitivi (Brieger) e azione inibitrice della sensazione dolorosa per stimolazione dei nervi deputati alla sensazione del caldo (Goldscheider). Gli AA. hanno studiato radiologicamente il vuotamento gastrico usando come pasto il citobario Merck (200 in 200 cc. d'acqua) a 25° (Stierlin) e usando come stimoli termici: borsa d'acqua caldissima limitando la zona d'applicazione con una flanella.

C. Semenza e O. Tenconi (*Riv. critica clinica Medica*, 24 febbraio 1923), hanno riscontrato:

a) modificazioni di peristalsi, evidenti per applicazioni nella regione gastrica, transitoria e fugace se altrove;

b) acceleramento nel vuotamento specialmente nei casi in cui era normalmente ritardato;

c) modificazione del tono ma meno evidente: il caldo è essenzialmente ipercinetico mentre il freddo ipertonico. L'applicazione al-

ternata dei due stimoli esalta le proprietà cinetiche della tunica gastrica rendendo la peristalsi più energica e le contrazioni più ampie.

MILANI.

Utilità della radiografia nelle tubercolosi osteoarticolari.

L'esame radiografico nelle affezioni osteoarticolari permette: 1) di riconoscere e differenziare la lesione; 2) di riconoscere lo stadio a cui la lesione stessa si trova. (Lefranc: *Journal de méd. de Paris*, 9 febbr. 1923).

Le tubercolosi *recenti* si presentano così (sono le tubercolosi dei primi 18 mesi o due anni): assottigliamento dell'interlinea articolare. L'interlinea articolare normale è data dallo spessore delle cartilagini diartrodiali: ora l'irregolarità e l'assottigliamento di esse costituisce uno dei segni più importanti. Così nel morbo di Pott, così nella tubercolosi dell'anca.

Le turbe trofiche sono costanti, esiste una rarefazione ossea caratteristica; inoltre, e ciò specialmente nei soggetti che non han terminato la loro crescenza, esistono i segni di una azione irritativa sulle epifisi onde una saldatura e ossificazione precoce. Resta vero l'assioma di Medard: la tubercolosi non produce mai osso. Le attitudini viziose possono essere nette sulla radiografia mentre clinicamente possono essere ancora nascoste. Finchè la tubercolosi è giovane essa è distruttiva. La tubercolosi antica ha altri caratteri: mentre nel periodo distruttivo tutta la regione articolare appare come sfumata ora si chiarisce e compare una banda di tessuto compatto mentre contemporaneamente ricomincia la calcificazione. Sarà questo il momento in cui l'ortopedico potrà prescrivere al malato una esistenza meno monotona e la liberazione degli apparecchi.

MILANI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Eziologia e cura del singhiozzo epidemico. — Al dott. G. S.:

Il *singhiozzo epidemico* aggiunge la moderna patologia alle altre forme di *singhiozzo sintomatico*, perchè nella recente piccola epidemia, diffusasi in quasi tutte le regioni di Europa e in America, esso ha assunto particolari note cliniche, che, secondo il concorde parere degli studiosi, bastano a conferire *dignità di malattia* alla manifestazione morbosa.

Il singhiozzo epidemico, ben distinto dal singhiozzo isterico, di cui tanto si è scritto nel passato (dirò anzi che le conoscenze moderne autorizzano ad elevare molti dubbi sulla *caratteristica isterica* di cui si è rivestita ogni manifestazione strana, e, specialmente, se epidemica), presenta i caratteri di lieve malattia da infezione spesso a tipo epidemico, talora febbrile. Guarisce sempre e bene. I pochi casi discordanti devono per ora essere interpretati come casi di singhiozzo sintomatico durante il corso di malattie nervose.

La causa determinante è ignorata; per quelli che identificano il singhiozzo con l'encefalite (encefalite singhiozzante!) la causa potrà essere un virus filtrabile, ed un virus filtrabile sarà anche per coloro che la identificano con l'influenza; non muta la natura della causa per quelli che credono che influenza, encefalite e singhiozzo epidemico sono manifestazioni differenti della medesima causa morbosa. Esiste una ultima categoria, ed è la più esigua, alla quale personalmente sono legato ancora da radicata convinzione, che considera il singhiozzo epidemico come malattia a sè, e ritiene che la causa morbosa è ignota; per scoprirla non sono sufficienti le affilate armi della moderna ricerca.

Se la causa del singhiozzo resta ancora immersa nell'oscurità, logicamente nessuna cura causale noi possediamo direttamente utile: nè il corso e l'abituale benignità della malattia consigliano l'uso di quella terapia paraspecifica o aspecifica di analogia così diffusamente provata in tutte le malattie da infezione, qualunque sia la causa morbosa.

Il singhiozzo epidemico è malattia fastidiosa, che qualche volta esaspera i malati costretti ad un singhiozzo, anche rumoroso, per giorni intieri. Una cura solo sintomatica adunque in cui gli elementi da usare sono: calmanti del sistema nervoso, saggiando i rappresentanti dei vari gruppi (bromici, belladonna, aconito, veratro, cicutina, ecc.), ipnotici, quando il sonno è disturbato (dal cloralio al veronal), bagni caldi, ecc.

Tutti gli espedienti proposti, meccanici, fisici, basati su posizioni particolari del corpo, su compressioni dello stomaco, ecc., ecc., nel singhiozzo epidemico si sono mostrati inutili. In questi limiti la medicina razionale mantiene la cura del singhiozzo epidemico.

T. PONTANO.

All'abb. n. 7505:

Confronti il SALOMON (Masson, *La radiothérapie profonde*); il GUILLEMINOT (Masson, *Electrologie e Radiologie*); il BÉCLÈRE e COTTENOT (Maloine, Tomo XXXII, Collez. Sergent), e il WEIL (II parte del volume). In italiano un trattato di röntgenterapia completo manca.

MILANI.

VARIA.

Il nervosismo nella scuola.

Con questo titolo Enrico Morselli ha pubblicato un libro che è una nuova e brillante affermazione della sua opera di scienziato e di educatore, un libro che, quantunque interessi anche i medici, è specialmente dedicato agli insegnanti delle scuole elementari e medie.

Non è necessario rilevare che la preparazione dei maestri è manchevole nei riguardi della igiene in genere e della psicopatologia in ispecie. Essi nel loro tirocinio nulla apprendono in merito allo sviluppo psichico della fanciullezza e dell'adolescenza e delle sue frequenti anomalie. Purtroppo la nuova radicale riforma scolastica ha ribadito questa deficienza.

Sotto questo riguardo gli insegnanti devono provvedere di propria iniziativa alla loro preparazione, ed il volume del Morselli, compilato con tanta accortezza didattica, corrisponde eccellentemente a questo scopo. Questo libro precisa succintamente, ma sufficientemente anche per i non medici, le nozioni che possono consentire al Corpo insegnante di scorgere i primi segni delle anormalità neuropsichiche cui tanto spesso vanno soggetti i due sessi nelle diverse fasi della crescenza ed in particolar modo nel periodo prepubere, il più strettamente connesso con la scuola; di discernere e comprendere quei piccoli segni con i quali si tradiscono fin da principio le costituzioni anormali, le neurosi infantili, le neuro-psicosi della pubertà. Così i maestri sapranno che certi assenteismi dalla scuola sono di natura morbosa; che certe indisciplinatezze sono l'effetto di disquilibri costituzionali; che certe emotività esagerate o paradossali dipendono da una formola ormonica instabile o viziata; che certe svogliatezze tengono ad impressioni anormali della cenestesi; che certe agitazioni, smanie, cattiverie, derivano da malesseri profondi, da perturbazioni del meccanismo della vita affettiva.

Il Morselli oltre a passare in rassegna le malattie nervose bene individuate che possono svolgersi od essere vedute negli allievi e che perciò turbano profondamente l'andamento della scuola, s'indugia sul così detto nervosismo, che pure avendo una nosografia vaga e difficilmente definibile, costituisce per la sua estensione nonchè per le sue manifestazioni, l'anormalità che maggiormente merita la considerazione dei maestri.

L'insigne neurologo di Genova definisce il nervosismo «una condizione individuale originaria relativa alle funzioni fondamentali del sistema nervoso, cioè alla sensibilità, reflettività, motilità, innervazione simpatico-vegetativa, ed alla mentalità, per la quale tutte queste funzioni si trovano in uno stato di equilibrio instabile, ora di facile eccitabilità ed ora di pronta esauribilità.

Il nervosismo si manifesta specialmente nel carattere dell'individuo: esagerato, corrisponde alla impressionabilità, eccitabilità, ed irritabilità; diminuito, dà luogo all'indifferentismo, alla fissità nelle elaborazioni cerebrali, all'apatia. I nervosi eccitabili mostrano ineguaglianze di condotta, cambiamenti improvvisi e immotivati o sproporzionati al motivo nell'umore, capricciosità, inquietudine, bisogno irresistibile di movimento, impazienza, loquacità, sonni brevi ed interrotti, facilità alle emozioni esplosive, quali la gioia eccessiva e la collera, non rara caduta in crisi impulsive con reazioni violente, talora accompagnate da vere obnubilazioni della coscienza. I nervosi depressi si distinguono per la scarsa impressionabilità, la mimica povera, la parola scarsa, la tendenza a fantasticare da soli nel vuoto, la timidità, l'amore della solitudine, la lunghezza dei sonni, la tendenza agli atteggiamenti impassibili od estatici fino allo stupore. I primi sono iperestenici, i secondi ipostenici nelle funzioni propriamente dette d'innervazione.

Il nervosismo degli scolari è l'espressione di costituzioni psico-organiche di vario tipo. Il Morselli si intrattiene su queste varie costituzioni, quali la linfatica, la eretistica, la neurastenica, la psicastenica, la isterica, la vesanica, la epilettoide.

La costituzione linfatica, di cui sono ben note le caratteristiche organiche, corrisponde al temperamento flemmatico passivo o apatico. I ragazzi linfoflemmatici sono dei piccoli vecchi e nella scuola li si riconosce dal loro torpore; spesso si mostrano come trasognati o assonnati.

La costituzione neurosica generica o eretistica è la più comune. Il sintomo principale è un'eccitabilità generale o diffusa del sistema nervoso, per la quale i ragazzi si mostrano molto impressionabili ed hanno reazioni sensitive, emotive e sentimentali esagerate spesso solo per intensità, talvolta anche per durata. Questi ragazzi neurosici sono per lo più di aspetto fisico gracile. Si stancano presto, dormono sempre male o troppo poco, sognano molto. In classe i più sono irrequieti, instabili nell'attenzione, a volte di-

ligenti, a volte trascurati. Trasaliscono per un nonnulla: una sgridata dei genitori li rende tremebondi, un'ammonizione del maestro li impressiona, senza che poi si abbia la correzione dei difetti rimproverati, perchè essi sono deboli di volontà, capricciosi, inconsistenti. La loro scolarità risente il disquilibrio dei loro nervi; passa per alternative talvolta imprevedibili di profitto o di negligenza. Pel loro contegno talvolta fatuo disturbano i compagni; e con la loro irrequietezza tengono troppo occupati i maestri.

La costituzione neurastenica si presenta in ragazzi per lo più appartenenti a famiglie tarate, spesso di artritismo. È caratterizzata da depressione di tutte le sfere di innervazione, concentrazione del piccolo soggetto su sè stesso, inclinazione alla introspezione, paura di mali fisici. Sono ragazzi tristi, che non amano i giuochi rumorosi o che richiedano sforzi, sono malcontenti, e tendono ad appartarsi dai compagni. In famiglia sono esageratamente affettuosi ma con un fondo egoistico, ed esigenti, scontrosi o pavidi in società, e nella scuola sono distratti, concentrati nei loro pensieri, indolenti, svogliati. Fisicamente sono deboli, torpidi nella nutrizione, pallidi: hanno digestioni difficili, insonnia e palpitazioni di cuore. Le loro estremità sono fredde eppure sudanti, il più spesso cianotiche.

La costituzione psicastenica è una varietà della precedente. La si incontra in ragazzi timidi, indecisi, meticolosi fin dall'infanzia ed incompleti in tutte le loro manifestazioni attive; essi si concentrano su date impressioni o idee, che finiscono per imporsi alla loro coscienza obbligandoli a ruminazioni affaticanti, accompagnate da un senso di disagio (rudimento delle analisi ed ansie ulteriori della psicastenia ossessiva-fobica conclamata). Questi soggetti sono spesso in preda a paure, non vaghe, ma rappresentative, e che riguardano delle situazioni materiali e morali; tra le più frequenti sono la paura di andar soli, col bisogno di andar sempre accompagnati. la paura dei luoghi chiusi, del buio, degli animali anche domestici, delle persone malvestite o sconosciute; sono per lo più intelligenti, desiderosi di conoscere, bisognosi di definizioni chiare e che ne sodisfacciano la curiosità.

La costituzione isterica, comune ad ambo i sessi, è caratterizzata dalla estrema variabilità dell' umore, della eccessiva emotività che ha reazioni spesso sproporzionate, e dalla facilità con la quale certe immagini, sensazioni o rappresentazioni agiscono sul fisico, anche quando passino nella subcoscienza. I ragazzi isteroidi si segnalano per il facile passaggio dal buonumore al malumore, dalla gioia alla pena, dal riso al pianto. Sono spesso in preda ad idiosincrasie strane; talvolta hanno predilezione per sensazioni disgustose, per cibi acri, disaggradevoli, per odori forti, nauseanti e perfino ripugnanti; alcuni sono algofili, altri invece avvertono le sofferenze in modo enorme. Sono vanitosi, autisti, capricciosi, golosi, esagerati nelle simpatie e nelle antipatie, nell'amore e nell'odio. Sono soggetti inclini alla immaginazione, alla fantasticheria, al misticismo, al favoleggiare, alla romanticheria, alle avventure. Sono bugiardi e suggestionabili, precoci negli istinti e sentimenti sessuali.

Nella costituzione vesanica, assai bene definita dal De Sanctis, è ancora più accentuata la irregolarità del pensiero. Sono ragazzi di una estrema volubilità nell'attenzione, con percezione e memoria buona, ma con ideazione saltuaria, incoerente, fantasia disordinata. Frequentemente cambiano di umore, hanno periodi di eccitamento con loquacità, agitazione psicomotoria sterile, suscettibilità morbosa, alternantisi con periodi di accalmia, cui segue malcontento e mutismo. Non è raro in questi ragazzi lo spirito di contraddizione. Spesso sono misantropi, diffidenti, egocentrici, poco affettivi. Alcuni amano ripetere parole e frasi senza senso, e ne cospargono i loro quaderni, dove anche si sbizzarriscono con disegni informi ed invariabili.

Anche la costituzione epilettoide, come la precedente, esula in gran parte dal puro nervosismo e va a toccare i confini dell'anormalità. Questi soggetti offrono per lo più tare degenerative. Da bambini, sono capricciosissimi, disubbidienti, irrequieti; cadono spesso in crisi di collera furibonda; per cui lacerano, rompono, si buttano a terra; più tardi diventano aggressivi verso i fratelli, verso i compagni, perfino verso i genitori; sono crudeli verso gli animali. La loro scolarità è turbolenta; i compagni li temono per la loro brutalità e per lo spirito vendicativo. In causa delle frequenti esplosioni iraconde, degli impulsi, della loro cattiveria, si fanno espellere dalla classe, dalle scuole, dai collegi, e così passano da un istituto ad un altro senza mai profittare nell'istruzione, senza mai correggersi nella condotta. Parecchi presentano ritardo nel camminare, nel parlare, nel dominare gli sfinteri; soffrono enuresi e terrori notturni.

G. DRAGOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

Nel fasc. 17 (del 23 aprile) pubblicammo il nuovo Regolamento 25 marzo 1923, n. 846, che disciplina la profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

In merito a questo Regolamento ci vengono rimesse ora dal Ministero dell'Interno alcune illustrazioni, che reputiamo utile di riportare:

L'articolo 1 introduce una importante innovazione con l'imporre la denuncia di qualunque caso di sifilide con manifestazioni contagiose riscontrate nelle scuole, negli istituti di educazione e di cura, negli opifici industriali, e in genere in tutte le collettività sia civili che militari, in considerazione che la vita in comune può costituire pericolo grave di contagio.

Di particolare importanza sono le disposizioni che concernono la istituzione dei dispensari per la cura ambulatoria. Tali dispensari possono distinguersi in tre categorie: *a*) obbligatori per disposizione espressa del regolamento; *b*) obbligatori per decretazione prefettizia; *c*) facoltativi. Vi possono poi essere dispensari governativi nei principali porti.

La cura gratuita ospitaliera è riservata di regola (articolo 9) alle donne nella considerazione che queste, anche se curate ambulatoriamente, possono pure nel corso della cura rendersi veicoli di più frequente trasmissione delle malattie.

Con l'articolo 10 si mira ad assicurare ai ricoverati sufficienti cure di assistenza, aria, luce e conveniente ubicazione ed arredamento dei locali, al pari di quelli destinati ai malati comuni, e a por fine all'inumana tendenza, pur di frequente riscontrata, di destinare alle persone affette dalle malattie in oggetto i peggiori ambienti degli istituti ospedalieri.

Per tutte le ricoverate si dovrà infine cercare di fare opera di riabilitazione, invogliandole ad onesto lavoro, procurato dalla stessa direzione delle sale e dai Comitati di beneficenza.

Particolarmente provvida è poi la disposizione che tende ad affidare l'alta direttiva e tutto l'orientamento del movimento profilattico contro le malattie sessuali ai direttori delle cliniche dermosifilopatiche. Per la scelta dei medici dei reparti ospitalieri, quando questi non siano affidati ai direttori delle cliniche suddette o dei dispensari, si richiede il concorso per esame e titoli.

L'organizzazione della vigilanza sanitaria è senza dubbio ciò che di più notevole contiene il nuovo regolamento. L'articolo 13 introduce un nuovo sistema di assunzione del personale sanitario preposto al servizio di vigilanza.

Le garanzie contenute nel vecchio regolamento per assicurare la vigilanza sanitaria nei locali di meretricio imperniandole nell'istituto dei medici fiduciari non sempre nè dappertutto avevano corrisposto efficacemente allo scopo.

Ciò principalmente perchè la designazione dei fiduciari era stata completamente lasciata ai tenutari delle case di tolleranza i quali proponevano, sceglievano e pagavano i propri medici, con evidente discapito della dignità professionale, e in qualche caso dello stesso servizio di vigilanza. Ora la figura del medico fiduciario scompare per lasciare il posto al medico visitatore investito di funzioni di Stato.

Come dispone l'articolo 14 la nomina per i medici visitatori è fatta per un biennio e può essere rinnovata, con decreto del Prefetto, sul parere conforme del Medico Provinciale, assistito dall'Ispettore dermosifilografo.

Possono essere anche nominati i medici dei dispensari comunali, non essendovi incompatibilità fra le due funzioni. I medici visitatori hanno l'obbligo di denunziare all'autorità sanitaria non solo le donne affette da malattie veneree, ma anche quelle affette da ogni altra malattia diffusibile.

Le provvidenze di eccezione emanate durante la guerra per una più severa disciplina del meretricio hanno dato frutti che non possono contestarsi e non assumersi, per taluni lati, a prezioso esperimento ed insegnamento nel ritorno dal regime di eccezione all'ordinamento normale.

Così con la disposizione dell'articolo 20 si tenta di attrarre nell'orbita della sorveglianza sanitaria anche la maggior parte delle meretrici clandestine, con l'Istituto della tessera o certificato sanitario, che può essere rilasciato alle donne che esercitano fuori dei locali autorizzati, e che volontariamente si sottopongono ai prescritti controlli sanitari.

Le visite sono gratuite quando vengono eseguite nei dispensari o dai medici visitatori nelle ore e nei luoghi da destinarsi.

L'articolo 23 accentra nel Ministero dell'Interno e nei suoi organi la vigilanza sanitaria sui locali di meretricio, sui dispensari e sulle sale per la sifilide e per le malattie veneree.

Sorge così la necessità di un collegamento tra i vari medici addetti alla vigilanza sanitaria sul meretricio imperniato nella nuova figura degli ispettori dermosifilografi, come diretta emanazione degli Uffici sanitari provinciali dai quali dipendono.

Come chiarisce l'articolo 23 l'incarico di ispettore dermosifilografo non importa costituzione di rapporto di impiego: esso viene conferito dal Ministero in via normale per un periodo massimo di due anni, ed è sempre revocabile.

Nella prima applicazione del nuovo regolamento la loro nomina verrà limitata alle provincie di Bari, Bologna, Catania, Firenze, Livorno, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Trieste, Venezia. Coloro che aspireranno alla nomina dovranno presentare apposita istanza in bollo ai Prefetti delle provincie suindicate non oltre il 31 ottobre corrente allegandovi i prescritti documenti.

Come si vede il nuovo regolamento segna un passo assai notevole nella profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

Fervore di propositi, spirito di iniziativa, altissimo zelo non potranno mancare nelle autorità incaricate della sua esecuzione, sì da assicurare che i provvedimenti disposti raggiungano i fini ai quali si ispirano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto radiologico ed elettroterapico; L. 6250 e quattro aum. decimo, due c.-v., compartecip. utili. Scadenza ore 17 del 10 novembre. Età limite 40. Servizio entro 1 mese.

CAPOSELE (*Avellino*). — Scadenza 10 nov. L. 4500, oltre L. 1000 quale uff. san.

CISON DI VALMARINO (*Treviso*). — Al 5 nov.; lire 6000 e 2 c.-v. di L. 2400; quale uff. san. L. 500; per trasp. L. 1800 elevab. a L. 2500 se cavallo o automezzo.

COZZO (*Pavia*). — L. 6500 residenziali, L. 1000 poveri, L. 1000 trasporto, L. 300 uff. san., L. 300 ambulat. Scad. 10 nov.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san. Ferrara; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

FOSSATO SERRALTA (*Catanzaro*). — L. 6000 e quattro sessenni decimo; L. 1200 cav.; L. 600 uff. san.; nomina subordinata accettazione capitolato. Scad. ore 12 del 1° nov. Schiarimenti dall'Ufficio comun.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. 4 nov. Per Montiano. L. 9000 e sessenni decimo per la res. e cura poveri; doppio c.-v.; L. 200 indenn. malaria.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene di Mantova; L. 13,500 di stip. e indenn.; quadrienni del decimo. Scad. 10 nov.

MONFUMO (*Treviso*). — Concorso medico aperto fino al 30 ottobre 1923. Per informazioni rivolgersi al Municipio. Il Sindaco: Candido Toscan.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo di medicina. L. 4500 e 4 bienni decimo, due c.-v.; stanza di abitaz.; guardie di 12 ore a L. 15. Scad. ore 17 del 15 nov. Nascita anter. al 15 nov. 1893. Serv. entro 10 g. Chiedere annunzio.

PEGLIO (*Pesaro*). — Scad. 15 nov. Intero territorio del Comune e 4 frazioni di Urbino (in consorzio). L. 7000 e c.-v., oltre L. 400 per uff. san., tariffa dell'Ord. per gli abbienti. Per trasp. obbligatorio L. 3000.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 nov. avrà inizio nella Scuola di Sanità militare di Firenze un corso di sei mesi per aspiranti alla nomina di tenente medico in S. A. P. Il numero dei posti è di 50. Vedi fasc. 28.

SIRACUSA. *Congregazione di Carità.* — Concorsi a chirurgo primario ed a direttore del Laborat. di chimica clinica, microscopia e batteriologia presso l'Osped. Civile Umberto I; età lim. 50; per il chirurgo biennio di aiutato in Ospedale in seguito a pubbl. conc. od in Clinica univ. Serv. entro 15 g. Docum. all'Ufficio (via Nizza, 104) non più tardi del 15 nov. Iscrizione Albo Chiedere annunzio.

UDINE. — V e VI Reparto (esterni). Stip. base L. 8000 per 1500 pov., elevabile fino a L. 14,000 al 22° anno di servizio; addizion. L. 3; doppio c.-v.; L. 3000 cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp. Scad. ore 17 del 30 novembre.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre. Vedi fasc. 43.

BORSE DI STUDIO.

Concorso per esami per il conferimento di 3 borse di studio di annue lire 1000 ognuna da assegnarsi a coloro che frequentano o intendono frequentare l'Università di Perugia.

Delle tre borse una è conferita per la Facoltà di Giurisprudenza, e due per la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Se non è conferita una borsa per un ramo di studi, è in facoltà del Consiglio d'Amministrazione di accrescere il numero delle borse assegnate per gli altri rami di studio.

Le istanze dei concorrenti debbono essere presentate in carta da bollo da L. 1.20 all'Ufficio di Segreteria del Collegio Pio della Sapienza, presso l'Università degli Studi di Perugia.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Contignano (Siena).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. comm. Paolo Medolaghi è nominato direttore della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

BIOGRAFIE.

Per il settantesimo compleanno di A. Strümpell.

Il clinico di Lipsia, A. Strümpell, compì i settant'anni il 28 giugno 1923. Nessun nome di clinico è tanto conosciuto all'estero, quanto quello di Strümpell. Nato nel 1853 a Dorpat (il padre era un professore di filosofia conosciuto), dopo la laurea fu assistente a Lipsia, prima di Wunderlich e poi di Wagner. Strümpell considera questi due clinici come i suoi veri maestri. Maggiore influenza ebbe però sullo sviluppo di Strümpell, il cerchio degli amici, composto di uomini dai nomi ben noti di Erb, Moebius, Cohnheim, Weigert, F. Kries. Già da giovane docente scrisse il suo testo di patologia e terapia speciale. Il successo ottenuto da questo libro pubblicato nel 1883 indusse la Facoltà di medicina di Erlangen a chiamare nel 1886 Strümpell a succedere alla cattedra di Leube. Nel 1903 venne chiamato a Breslavia, nel 1907 a Vienna. Morto Curschmann, Strümpell gli successe alla cattedra di medicina interna di Lipsia. I lavori scientifici di Strümpell sono essenzialmente clinici: con la sua acuta osservazione ha potuto osservare e descrivere per primo tutta una serie di sintomi e di quadri morbosi. Fu il primo a far notare che l'infiammazione anchilosante delle articolazioni si può limitare alla sola colonna vertebrale, determinandone la rigidità. Fu il primo a comunicare intorno alla poliencefalite dei bambini. Tutte le sue pubblicazioni hanno solide basi anatomo-patologiche. Importantissimi contributi alla conoscenza di sindromi prima oscure vennero dati dalle sue ricerche sulla paralisi spinale-spastica, sulla polineurite, sulla forma bulbare della miastenia, sulla acromegalia. Per primo descrisse il quadro morboso della pseudosclerosi; nel 1920 egli riunì insieme e completò le sue precedenti osservazioni in un lavoro «Il complesso sintomatico amiostatico». Se anche il progresso scientifico ha in seguito dimostrate errate alcune ipotesi di Strümpell (l'etiologia tossica delle affezioni metaluetiche, l'etiologia endogena della sclerosi multipla) pure egli dev'essere annoverato fra i pionieri della neurologia. Il merito maggiore di Strümpell nella medicina interna è quello d'aver egli fatto notare il rapporto esistente tra numerosi disturbi somatici e affezioni psichiche: egli dimostrò che la maggior parte delle «neurosi organiche» si deve attribuire a rappresentazioni morbose e che la nevrastenia, non dipende da un esaurimento dei nervi periferici, bensì da una precoce esauribilità ed irritabilità della psiche (psicastenia).

Il genio di Strümpell e i suoi talenti artistici rifulgono specialmente nelle sue conferenze e nei suoi scritti popolari: «Parola e scrittura», «Sui danni causati ai nervi ed alla vita psichica dalla guerra», «Sulla coscienza del tempo». Oltrechè come scienziato, Strümpell eccelle per il suo carattere e per la sua personalità. Alieno da qualsiasi opportunismo od ambizione egli pubblica i suoi lavori soltanto quando può dire qualche cosa di realmente nuovo, e quando può essere del tutto sicuro di quanto comunica. Come maestro Strümpell insegna specialmente con l'esempio, chi studia con lui impara a vedere nel malato non già il materiale per l'insegnamento, bensì l'uomo bisognoso di aiuto, ed impara a limitare i sussidi terapeutici a ciò che è strettamente necessario ed effettivamente utile. La vera personalità di Strümpell rifulge nel suo cerchio famigliare, dove egli si dedica alla letteratura ed alla musica. Gli scolari di Strümpell possono realmente mettere in pratica il giuramento di Ippocrate: «Io stimerò come mio padre, colui che mi ha insegnato l'arte della medicina».

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1923, n. 25).

POLLITZER.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso neurologico rinviato.

Siccome il VI Congresso italiano di Neurologia convocato a Napoli, verrebbe a coincidere con le feste nazionali della marcia di Roma, il presidente prof. Giuseppe D'Abundo ha rinviato il Congresso stesso e le onoranze al sen. Bianchi al 5 novembre e seguenti.

Per la lotta contro il cancro.

L'Associazione romana tra i cultori della Elettrologia e della Radiologia, in una seduta del 9 ottobre ha votato alla unanimità, su proposta del presidente prof. Ghilarducci, un ordine del giorno il quale, constatando che le affezioni cancerose vanno prendendo una diffusione sempre maggiore, ispirandosi all'iniziativa presa in Italia dal compianto prof. Foà, si augura che anche a Roma sorga un centro regionale di lotta anticancerosa composto di uomini competenti nelle varie branche della Medicina, che intensifichi lo studio e la terapia del cancro, specie sotto il riguardo etiologico e curativo (principalmente Roentgen e Radiumterapico), diffonda nel popolo per mezzo di conferenze e di pubblicazioni a tipo popolare la convinzione dell'assoluta necessità di ricorrere al più presto possibile al consiglio del Medico e faccia un'attiva propaganda presso le autorità governative, perchè gl'Istituti Scientifici che in modo particolare volgono la loro attività allo studio ed alla terapia delle affezioni cancerose siano largamente forniti di mezzi adatti e di personale abile.

In seguito a tale deliberazione si creerà anche a Roma un centro di lotta anticancerosa, costituendo una società della quale sono invitati a far parte tutti i medici della regione laziale e tutte le persone che hanno a cuore la soluzione di problemi sociali a beneficio dell'umanità.

Di una prima adunanza, indetta per il 23 ottobre nella sede del R. Istituto di Radiologia al Policlinico, allo scopo di formulare lo statuto e distribuire le cariche sociali, daremo prossimamente notizia.

La lotta antitubercolare in Italia.

Il Consiglio Generale della Senna ha inviato in Italia una Delegazione per visitare le più importanti opere di assistenza sanitaria. È la seconda volta che il Consiglio della Senna invia una Commissione in Italia a scopo scientifico ed umanitario.

Il capo della Delegazione, Maurice Quentin, dichiarava che quest'ultima, dopo le visite compiute a Genova, Roma e Napoli, riconosceva la superiorità italiana nella organizzazione della lotta antitubercolare.

Soppressione di competenze per malaria.

Con R. Decr. n. 1969 in data 10 sett. è soppresso il premio per immunità di malaria concesso dall'art. 93 delle Disposizioni sulle competenze accessorie, annesse al Regolamento del personale delle Ferrovie dello Stato, approvato con Decreto Luogotenenziale 13 gosto 1917, n. 1393.

La missione compiuta dal sen. Lustig nella Repubblica Argentina sulle relazioni colturali tra i due paesi.

Il prof. sen. Lustig del R. Istituto Superiore di Firenze è sbarcato a Genova dal piroscafo «Re Vittorio» il 12 settembre, di ritorno dalla Repubblica Argentina, dove era stato invitato a inaugurare i nuovi edifici dell'Istituto Biologico Argentino, e dove con l'appoggio del Governo si era recato per la organizzazione dell'opera dei nostri mutilati di guerra colà residenti. Il senatore ha dichiarato che l'Argentina è in continuo progresso e va emancipandosi dall'Europa nelle industrie. Gli italiani sono tra i primi in tali iniziative, ma occorrono nuove forze e nuove braccia. I capitalisti si trovano sul posto, tecnici valenti e seri trovano occupazione: gli avventurieri no, i contadini sì. Gli italiani vi sono apprezzati, se hanno una professione utile, e se ci vanno per lavorare le terre o creare industrie. La coltura italiana, benchè se ne parli molto, vi è poco nota, al contrario della francese. I libri francesi e spagnoli e le rispettive riviste vi costano meno delle nostre. Organismo di grande importanza e degno di appoggio è l'Istituto Argentino di coltura italica. Se ne interessa il nostro ministro Colli di Felizzano, un italiano nel vero senso della parola. Il nostro Governo certamente aiuterà tale iniziativa prendendo accordi col ministro Argentino in Roma dott. Perez. Il programma dell'Istituto verrà esposto a S. E. l'on. Mussolini dal quale italiani e argentini attendono molto in tale senso; e di questo fu incaricato il sen. Lustig. Sarebbe opportuno che studenti argentini venissero a studiare in Italia, loro concedendo quelle facilitazioni ormai assicurate da altri governi latini e non latini. Occorre un lavoro disciplinato e coordinato tra i due paesi, tralasciando per il momento iniziative personali, e non sempre decorose da parte nostra. I nostri editori, librai, potrebbero accordarsi per lo smercio e la diffusione delle opere e dei giornali italiani più accessibili. Per ora ben pochi là acquistano i libri e i periodici nostri. Tale lagnanza gli è stata fatta da argentini e da italiani, pur in forma ufficiosa. L'assistenza degli invalidi e mutilati è ormai bene organizzata, procede con ordine, e l'Opera Nazionale è colà nota e apprezzata. Il sen. Lustig ha raccomandato di intensificare l'azione nostra occupandoci più delle cose e delle opere che non delle singole persone. La *réclame* fatta ai singoli nuoce alla nostra causa patriottica.

Pro lebbrosi.

Il presidente del Consiglio dei Ministri, on. Benito Mussolini, si è compiaciuto di far erogare dal Ministero degli Affari Esteri L. 2000 all'Opera «Pro Leprosis», accompagnando il vaglia con una nobilissima lettera, indirizzata al fondatore prof. Vincenzo d'Amato, docente di dermatologia alla Università di Roma.

La munifica offerta è stata rimessa al rev.mo Padre Cipriano Silvestri, delegato dell'Ordine francescano, cui è affidata la direzione organizzatrice della grandiosa istituzione.

Per gli studi sulla insulina.

La signora John D. Rockefeller ha donato 10,000 dollari al Toronto General Hospital dove Banting studia il problema della insulina.

L'Università di Toronto ha assegnato 5,000 dollari alla fondazione Banting destinata allo stesso scopo.

Al Presbyterian Hospital di N. Y. sotto gli auspici della Rockefeller Foundation si sono iniziati corsi pratici per l'uso della insulina.

Nella stampa scientifica.

Gli «Annales de Parasitologie humaine et comparée» verranno diretti dal prof. Brumpt, che avrà a segretari di redazione il prof. Neveu-Lemaire e il dott. Langeron; verranno editi dalla Casa Masson, con la cura abituale; costituiranno la continuazione degli «Archives de Parasitologie» la cui pubblicazione era stata interrotta con la morte di R. Blanchard.

Scuole per gli alunni anormali a Napoli.

Sono state messe in via di esperimento alle Scuole E. De Amicis e G. Bovio, ed hanno accolto 40 alunni, di cui il 70 % era costituito da anormali veri per i quali è stata chiesta l'istituzione di scuole autonome. I risultati sono stati quanto mai lusinghieri ed incoraggianti. La fondazione e l'organizzazione di tali scuole si devono al fervido apostolato del dott. A. D'Urso, coadiuvato da valorosi insegnanti.

Università cattolica a Milano.

Ha pubblicato il suo primo «Annuario» (1922-23) e l'ordinamento accademico (1923-24). È una Università libera ed ha già dato prove di fervida vita. Ha per ora tre facoltà: di Scienze sociali, di Lettere, e di Filosofia. Il Corpo Accademico novera più di 40 professori reclutati nelle varie Università. La Biblioteca contiene più di 500 Riviste e periodici in tutte le lingue. Borse di studio vanno dalle 1000 alle 2500 lire annue per studenti che hanno bisogno d'aiuto economico e che sono meritevoli per dimostrato amore allo studio.

Il dott. ENRICO CESARI da Pisa, morto a Genova in età di 50 anni dopo atroci sofferenze, era stato assistente alla Clinica Medica ed agli Spedali di Pisa, poi assistente all'Ospedale Maggiore di Milano, medico degli Stabilimenti Penitenziari di Pianosa e medico condotto in vari comuni della provincia di Udine, Belluno e Vicenza. Si trovò nell'epidemia colerica a Burano (Venezia) e fu mandato in Sardegna per la lotta antimalarica.

Capitano medico di complemento durante la guerra, diresse varii ospedaletti da campo; venne dichiarato invalido di guerra e assegnato alla 1ª categoria.

Distinta figura di professionista, di studioso, di cittadino, la sua vita fu sempre ispirata ai più alti sentimenti di bontà, di rettitudine, di amor patrio.

Lascia la famiglia straziata dal dolore.

Am.

Colpito da malore improvviso, si è spento il dott. cav. RAFFAELE PAGNIELLO, ufficiale sanitario del comune di Melfi (Basilicata), valente studioso, noto per il suo «sintomo della malaria», apprezzato cittadino.

i. n.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal de Médecine de Bordeaux, 25 luglio. — VILLARS e DUCOM. Ferite degli arti da frammenti di vetro. — BOUDREAU. La terapia del cancro.

Liguria medica, 1° luglio. — PERRANDO. La riforma delle leggi sugli infortuni.

The Lancet, 4 agosto. — WYNSE. Sulla riduzione della mortalità infantile. — GORDON HISLOP. Le funzioni digerenti nella tubercolosi polmonare.

Wien. Klin. Wochens., 28 giu. — R. VOLK. Problemi immunitari della cute.

Riv. di Ginecol., ecc., mag. — L. HERLITZKA. Trattamento con la trementina delle forme annessiali.

Practitioner, lug. — Numero sulla prevenzione delle nascite.

Pediatria, 1° lug. — F. DE ANGELIS. Forme tifosimili della tbc. acuta infant.

Giorn. Ital. d. Mal. Veneree e d. Pelle, giu. — A. PASINI. Atrofiodermia idiopatica progressiva. — M. FRAULINI. Peritonite e peritonismo blenorragico gonococcico. — C. GARGANO. Per una possibile terapia degli epiteliomi cutanei. — A. DELPIANO. Fotodermatoscopia.

Presse Méd., 30 giu. — H. LECLÈRE. Il chaulmoogra.

Riv. crit. di Clin. Med., 15 mar. — S. PISANI. Le emorragie meningee.

Giorn. di Clin. Med., 30 giu. — P. PIERACCINI. Lateralizzazione della scapola. — P. PANTALEONI. Influenza a manifestazioni prevalentemente cutanee.

Arch. Mal. Appareil digestif, ecc., mag. — C. BONORINO UDAONDA. Achilie gastriche funzionali. — DELHERM e MOREL-KAHN. Anomalie di posizione del duodeno.

L'Encéphale, giu. — H. CLAUDE e H. SCHOEFFER. Meningite sierosa e tumore cerebrale. — P. SINTORE e N. PÉRON. Turbe psichiche e tumori dell'ipofisi. — HALBERSTADT. La psicosi delirante presenile. — H. DAMAYE e A. PÉLAWSKY. Trattamento anti-infettivo delle psicosi acute febbrili.

Pensiero Med., 30 giu. — M. FRAULINI. Sifilide gommosa del muscolo tricipite brachiale.

Prensa Méd. Argent., 30 mag. — E. CATALÁN. Disturbi nervosi e mentali da abuso di tabacco.

Paris Méd., 30 giu. — CHAVIGNY. Pollachiuria diurna e notturna psicopatica. — LELONG. L'anergia sifilitica.

Acta Dermato-Venereol., mar. — J. KABELIK. Titolaggio dell'antigene di Sachs-Georgi. — L. TÖRÖK. Patogenesi dell'infiammazione cutanea. — K. GAWALOWSKI. Irradiazione del timo.

Soc. Méd. d. Hôp., 28 giu. — H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL e LEBERT, A. GILBERT e altri. Trattamento del diabete con insulina. — H. DUFOUR e DUCHON. Sclerosi a placche e sifilide.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Il trattamento operativo della paralisi spastica (discuss.). Azione della chinidina nelle cardiopatie (discuss.). — Casistica.

Brit. Journ. Children's Dis., apr.-giu. — T. B. LAYTON. Trattamento dell'otite media infantile. — F. PARKES WEBER. Natura del morbo di Banti. — R. MILLER. Malattia celiaca.

Journ. Amer. Med. Assoc., 23 giu. — E. A. GRAHAM. I progressi recenti della chirurgia toracica. — J. RIDLON e E. J. BERKHEISER. Degenerazione calcare dell'aorta causa di dolori lombari. — H. H. HAZEN. Risultati remoti della cura della sifilide.

Brit. Med. Journ., 7 lug. — A. LEITCH. Le cause del cancro.

Gaz. d. Hôp., 30 giu. — F. LÉVY. Le compressioni midollari.

Presse Méd., 4 lug. — M. DE FLEURY. Stati depressivi e nevrastenia.

Deutsche Mediz. Wochens., 6 lug. — E. ATZLER. Considerazioni fisiologiche sui liquidi di sostituzione del sangue. — F. LEHMANN. Basi fisicochimiche delle soluzioni per iniez. endov. — LEPEHNE. Mezzi attivanti la secrez. biliare. — A. GREIL. Origine delle anomalie di costituzione.

Arch. de Cardiologia y Hem., giu. — R. NÓVOA SANTOS. Applicazione terapeutica dell'estratto di glandole linfatiche.

Annali d'Ig., giu. — L. PUNTONI. Tossi-infezione da tonno sott'olio. — E. PETRICCIONI-MASCI. Bacillo difterico modificato. — S. RACCHIUSA. Batteriofago nel terreno.

Morgagni (Arch.), 30 giu. — M. FERRARA. Potere diastasico delle urine ed esplorazione funzionale del rene.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., lug. — A. THÉOHARI. La teocina nell'ipertensione arteriosa e negli accessi anginosi. — J. HEITZ e CORONE. Diagnosi radiologica dell'aneurisma parietale del cuore.

Pathologica, 1° lug. — G. BOLOGNESI. Patogenesi del «Noma».

Liguria Med., 1° giu. — L. MALERBA. Iniezioni di acido salicilico nel reumatismo articolare.

Radiologia Med., lug. — P. NATALE MARZI. Tumore del grande epiploon.

Paris Méd., 7 lug. — Malattie del cuore, dei vasi e del sangue.

Arch. Radiol. a. Electroth., giu. — H. W. JONES e C. THURSTAN HOLLAND. Osteitis deformans. — W. A. SALMOND. Pneumopericardio artificiale.

Spitalul, 6. — P. CAPLENO. L'incisione piccola ed estetica nell'appendicectomia.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 14 lug. — R. N. SANTOS. Coliche pancreatiche.

Presse Méd., 7 lug. — L. CHEINISSE. Due nuovi anestetici: l'acetilene e l'etilene.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 lug. — D. THORUM. Nuovo tipo di germe riscontrato nel morbillo e nella scarlattina.

La nostra **SEZIONE MEDICA,** nel Fascicolo 11 (1° novembre) conterrà i seguenti:

LAVORI ORIGINALI.

I. — P. MINO: **Ricerche sull'autoagglutinazione dei globuli rossi nell'uomo.**

II. — L. PATERNI: **Contributo allo studio della emoglobinuria nei malarici.**

III. — A. TOMASELLI: **Sopra un caso di anemia perniciosa a tipo aplastico.**

RIVISTE SINTETICHE.

A CORRADI: **La pressione venosa.**

I non abbonati a detta Sezione potranno ottenere questo interessante Fascicolo, inviando cartolina-vaglia di L. **5** al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 5 novembre 1923 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONGRESSI DI MEDICINA E DI CHIRURGIA.

Inaugurazione dei Congressi.

24 Ottobre 1923.

Alle ore 10, nell'Aula Magna della R. Università sono stati inaugurati il XXIX Congresso di Medicina Interna ed il XXX Congresso di Chirurgia.

Hanno parlato il sen. prof. Fano a nome del Rettore, il prof. Pediconi a nome del R. Commissario, il prof. Sipiades in rappresentanza dei medici ungheresi convenuti al Congresso, il prof. Gallenga per l'Ordine dei Medici.

Ha preso quindi la parola il sen. prof. E. MARAGLIANO, presidente della Società Italiana di Medicina Interna, pronunciando il seguente discorso:

La nostra annuale riunione oggi si compie in una data fortunosa nella storia del nostro Paese: la data che segna l'avvento al potere di un Uomo che la nostra fatidica stella ed il senno del Principe hanno dato all'Italia, di un Uomo che apparve quale espressione della volontà nazionale maturata in 4 anni di dolorose vicende che minacciavano la vita stessa del nostro Paese.

Siamo uomini di scienza, sì, e come tali è compito nostro concentrare le nostre attività nei templi ad essa consacrati; ma d'altra parte come cittadini abbiamo il dovere di interessarci, pur mantenendoci al di sopra di ogni competizione di parte, ai supremi interessi della Nazione che dalla scienza e dalle sue conquiste trae e trarrà sempre le ragioni prime della sua forza e delle sue fortune.

E come cittadini e come uomini di scienza abbiamo ragione di volere che in ogni meato dell'organismo statale penetri una corrente di nuove energie che rompano quella fitta rete di consuetudini, di cose e di uomini, cristallizzati ed immobilizzati in metodi ed in indirizzi che non corrispondono più alla nuova vita che il trionfo di Vittorio Veneto ha suscitata nella Nazione.

I torrenti di sangue versato in tante epiche pugne sono stati sostituiti da sangue nuovo — è legge fisiologica — che ha dato al Paese una nuova e fiorente giovinezza, che vuole uno stato nuovo, veramente nuovo in ogni ramo delle sue funzioni, che elimini abusi ed ingiustizie, che tolga tutti gli inciampi alla esplicazione della sua attività.

Se tanto ringiovanimento si vuole per ogni ramo della pubblica amministrazione, si richiede viepiù in quello della istruzione superiore, e l'Uomo che con ferrea volontà si è proposto di inflare il soffio creatore alla nuova Italia vorrà penetrarsi, ne siamo certi, di questo grande vero: che l'istruzione superiore è la fonte prima da cui scaturisce la fortuna di ogni Nazione sia in pace che in guerra.

È la scienza che addita alle industrie e ai commerci le vie del loro perpetuo progredire: è la scienza che difende la vita umana e la moltiplica; è la scienza che segna la via alla amministrazione degli Stati in ogni loro forma; è la scienza che colle sue creazioni dà in pace la ricchezza e la prosperità alla nazione, che in guerra dà ad essa

la forza per la vittoria. Oggi le battaglie si combattono e si vincono colle conquiste della scienza.

Se ogni ramo della pubblica istruzione ha una capitale importanza e deve essere con amore coltivato, a quello della istruzione superiore spettano le prime cure di chi governa. I benefizi della istruzione scendono dall'alto al basso, non dal basso all'alto, e senza un savio ordinamento della istruzione superiore il Paese non ritrarrà mai dagli altri rami di istruzione quei benefici che ha ragione di aspettarsi.

A voi tutti quanti qui siete, Maestri o studiosi di mediche discipline, non parrà strano che io, inaugurando il nostro convegno, vi intrattenga di siffatte questioni: nella vostra perspicacia comprendete e nella esperienza vostra sapete quanto l'organizzazione degli studi superiori tocchi la medicina, sia per quanto riguarda la coltura biologica assoluta, sia per quanto riguarda le applicazioni della biologia allo studio ed alla cura degli infermi. Sapete che da più anni si chiedono dal Paese ordinamenti che rispondano meglio allo stato attuale della scienza; sapete che da più anni il Paese lamenta spesso l'insufficienza dei giovani ad esercitare quei diritti sulla salute e sulla vita dei propri simili, che le Università ad essi conferiscono.

Ed oggi, innanzi alle disposizioni escogitate dal Governo, dobbiamo chiederci se possiamo attenderci per la preparazione dei medici quei benefici che il Paese da tempo aspetta dalle auspicate riforme.

Non è compito nostro esaminare analiticamente la nuova legge sulla P. I. che l'on. Gentile ha con amore preparato e che il Governo del Re ha di questi giorni promulgato. Ma crediamo opportuno fermarci sopra qualche disposizione di essa che ha più strette attinenze colla medicina.

Prima quella che riguarda l'esame di Stato, il quale, se fatto seriamente potrà assicurare alla società medici ben preparati ad affrontare ed a risolvere i problemi dell'esercizio professionale. Non ignoro che all'esame di Stato in un Paese come il nostro, dove si preferisce discutere aprioristicamente anzichè esaminare le cose a ragion veduta ed a prova compiuta, si oppongono da ogni lato pregiudiziali. Questa innovazione è però destinata ad impedire che giovani anche coltissimi, ma privi delle conoscenze tecniche necessarie, possano senz'altro disporre della salute e della vita dei loro simili.

Noi, Professori di Università, in maggioranza, non siamo misoneisti nel senso della parola, ma paurosi spesso di ogni innovazione che rompa quelle consuetudini tradizionali in cui siamo nati ed in cui siamo vissuti. Così, da quando or son quasi 40 anni Guido Baccelli additò l'esame di Stato quale fulcro della soluzione del problema universitario in Italia, sorsero da ogni lato opposizioni e discussioni che ne impedirono l'attuazione; attuazione che non si sarebbe raggiunta mai, ove non fosse intervenuta una volontà forte e libera da ogni pastoia formale, a decretarla.

L'esame di Stato per sè solo basta già a creare una vera rivoluzione nell'assetto e nell'insegnamento degli studi medici: perchè crea la necessità di coordinare gli studi alle loro precise finalità, e quindi di dare alle discipline applicate quella parte che non si volle ad essi mai dare; perchè fornisce ai giovani criteri di selezione positivi della sede in cui compiere la loro istruzione; perchè senza di esso non è possibile attuare il libero insegnamento.

Ogni Facoltà quindi innanzi avrà quella fisonomia che i suoi reggitori sapranno darle: avremo Facoltà in cui sarà fatta la parte maggiore agli studi biologici puri; altri in cui gli studi applicati avranno la preponderanza; altre, le più giudiziose, in cui sarà fatta giusta parte agli uni ed agli altri.

Ed i giovani accorreranno ove si sentiranno meglio preparati a quegli esami di Stato, in cui dovranno dimostrare di conoscere non solo la tecnica pratica, ma le ragioni biologiche da cui essa nasce.

Un esame brutalmente praticato, ad esempio: la scritturazione di una ricetta, per quanto esatta, senza conoscere l'azione di ciò che si prescrive; una virtuosità speciale nel rilevare un sintomo senza conoscerne la fisiopatologia, non basterebbero davvero ad assicurare la società che quell'esame è capace di darle un medico, nel senso vero della parola. Perchè è nell'interesse della società che si vuole l'esame di Stato, perchè la società ha il diritto di avere e lo Stato il dovere di darle dei medici che non siano puri praticanti di Laboratorio o puri praticanti d'Ospedale, pari ad un infermiere che può saper vedere, ma che ignora le ragioni di ciò che vede.

Un esame di Stato così concepito eleva e non abbassa la dignità di chi ha saputo superarlo, e consacra alla riconoscenza del Paese il Ministro che ha saputo imporlo. È per questo che testè parlando di esame di Stato, aggiunsi di esame seriamente organizzato. Che così sia abbiamo ragione di sperarlo; se lo sarà lo vedremo dal regolamento che ne detterà le norme. O così sarà e resterà; altrimenti cadrà fra la riprovazione universale.

Un'altra innovazione destinata a creare una rivoluzione nella vita universitaria, specie per la medicina, ma che darà luogo a discussioni appassionate ed anco violente, è quella sancita dalla nuova legge per la nomina dei Professori.

La nomina si avrà non più per concorso, come attualmente si fa in Italia, ma per una designazione fatta dalle singole Facoltà fra coloro ritenuti più degni in base alla libera docenza conseguita: sistema analogo a quello seguito da molti anni all'estero, ad es. in Francia ed in Germania.

Il sistema italiano dei concorsi parve per molto tempo il migliore e lo sarebbe stato se si fosse mantenuto nelle norme stabilite dalla legge Casati; ma come un giorno disse giustamente Guido Baccelli, alla legge Casati è succeduto, nel volgere degli anni, quello che era succeduto al Pantheon, che aveva perduto la sua bellezza per le costruzioni che vi si erano addossate e lo avevano deturpato. Così una serie di leggine e di regolamenti appiccicate alla legge Casati, avevano, è no-

to, snaturato talmente la figura del concorso da togliergli completamente il carattere iniziale, al punto da renderlo inviso a giudici ed a giudicabili non mossi da speciali ed inconfessabili interessi.

Ben venga dunque il nuovo sistema che potrà dare a noi i buoni frutti che ha dato altrove, se sarà applicato con severità e con norme ben definite, che attendiamo di vedere sancite dal regolamento atteso con desiderio vivissimo.

Ma non si debbono seguire le critiche aprioristiche già qua e là comparse.

Guido Baccelli, che delle innovazioni odierne fu il primo ideatore, soleva dire: «Le Facoltà che avranno coscienza del loro interesse procederanno giudiziose nella scelta, quelle che non l'avranno, cadranno».

È necessario, sì, che lo Stato dall'alto sorvegli il modo con cui le Facoltà mostreranno di sapersi valere della libertà loro concessa, ma era pur necessario concedere una buona volta ad esse libertà di movimenti da cui usciranno tipi differenti, e non quella uniformità ufficiale di indirizzo che spesso tarpa, ed ha tarpati, i progressi della scienza e la espansione delle intelligenze.

Una cosa è ad accertarsi: che la libera docenza sia conferita con procedure e con metodi che diano sicurezza completa del valore del candidato.

Vegga il Ministro quali, quante e quanto siano minuziose e prolungate le prove, cui in Francia ed in Germania sono sottoposti i candidati alla conquista di gradi analoghi alla nostra Libera Docenza: conquista che dà loro possibilità di essere dalla Facoltà compresi nella proposta a Professori. La libera docenza quindi innanzi deve avere una figura radicalmente diversa da quella pel passato assunta.

È questo un punto capitale in cui il regolamento da compilarsi deve bene chiarire la legge e consolidare il nuovo provvedimento, che altrimenti potrebbe essere dannoso, non utile.

Ma questo provvedimento, lo ricordino i facili critici, non ha nulla di eccezionale; ricordino che la legge Casati dava facoltà al Ministro di nominare straordinari i Liberi Docenti. Subentrò poi un periodo in cui per ogni ramo di scienza si era creata una specie di oligarchia che pretendeva di disporre, mercè concorsi predisposti a propria volontà, delle cattedre vacanti, come se ne fossero i padroni assoluti. Poco a poco, quindi, scomparvero dalla legge Casati tutte quelle disposizioni che a tali oligarchie potevano sottrarre questo monopolio.

Questo quindi innanzi cesserà, ma è da considerarsi che i Ministri veggano che non se ne creino e non ne nascano dei nuovi, di questi monopoli.

Certo è intanto che da questa innovazione per ora gli studi medici trarranno largo vantaggio, perchè le iniziative varie delle varie Facoltà, romperanno quella uniformità di indirizzi, che pochi erano riusciti ad imporre; indirizzi che portavano spesso alla abolizione dei necessari requisiti tecnici nei candidati ad ogni insegnamento.

Una parola ancora per quanto riguarda gli studi medici.

Il Governo deve fare un passo avanti e considerare che gli studi medici non possono essere retti dalle norme comuni alle altre Facoltà universitarie.

Il loro carattere particolare di studi largamente applicati richiede ordinamenti speciali, come si è fatto per le scuole di ingegneria, ed è da augurarsi, che come abbiamo le scuole di applicazione per gli ingegneri, nascano le scuole di applicazione per i medici, alla cui vita non potrà mancare il concorso degli enti locali, che dovranno colla loro iniziativa dare alle proprie Università i requisiti che la caratterizzino, e che la mettano in grado di affrontare la concorrenza che inevitabilmente dovrà nascere fra i vari centri di studi. Sarà merito della nuova legge l'avere creata questa nuova situazione e di avere suscitato queste competizioni.

Degli altri punti della nuova legge non è questa l'ora di occuparsi: vi potranno essere mende di natura secondaria ma che non ne mutano il concetto innovatore. I due principali, decisivi e radicalmente riferentisi, ve li ho segnalati.

Ma per quanto riguarda la Medicina devo osservare ancora che è necessario sia presa con apposite disposizioni in considerazione la posizione degli Aiuti che nelle Cliniche compiono uffici diversi da quelli che compiono nelle altre scuole Universitarie, che sono i diretti collaboratori dei clinici che sono i clinici del domani.

Ed esprimo un voto, certo universalmente sentito, questo che i provvedimenti per la pubblica istruzione oggi decretati, come ogni altro inteso a creare la nuova Italia con opportune riforme siano giudicati con mente scevra da ogni ricordo tradizionale del passato.

Al passato, che per fortuna d'Italia non ritornerà più mai, dobbiamo tutti rinunciare, noi vecchi per i primi, che dopo una lunga esperienza di inconvenienti e dei danni di ordinamenti usati ed abusati, dobbiamo esser lieti di vedere, prima di chiudere gli occhi al sole, distrutti indirizzi di Governo che avevano fin ora tarpato le ali al rinnovamento del nostro Paese. E non si dimentichi che il nuovo deve essere giudicato con una mentalità nuova: chi mostra di non averla, chi non sente di averla, non ha il diritto di criticare.

Al nostro convegno, come negli anni precedenti, partecipano tutte le scuole di Medicina Italiane e consultando il programma dei lavori annunciato, è consolante vedere il sano indirizzo di esse che segue con progressivo miglioramento su ciò che si osservava negli anni precedenti. Vi fu tempo in cui la massima parte della produzione che ci veniva dalle Cliniche era pressochè di biologia assoluta: buoni lavori spesso sì, ma lavori non applicati e talora non applicabili allo studio dei problemi clinici, talchè potevano essere compresi, il più delle volte, in un programma tanto di patologia generale quanto di batteriologia.

Era il riflesso e la imitazione di quello che succedeva in Germania dove poco a poco la Clinica, nel vero senso delle parole, è andata decadendo e non accenna ancora a rialzarsi. Furono Guido Baccelli, Achille De Giovanni, Antonio Cardarelli ed

io pure fra essi che facemmo con insistenza argine a questo pernicioso indirizzo che toglieva alla Clinica la propria personalità la snaturava e quel che è peggio faceva dimenticare l'ammalato e le alte finalità cui l'insegnamento clinico è destinato.

La Germania si trovò infine senza clinici e per coprire la sue cattedre dovette cercarli fuori della Germania quando ebbe la ventura di trovarli; noi li abbiamo tra noi ed una pleiade di giovani valorosi è pronta a sostituirci brillantemente, via via che il fato, colle sue imposizioni cronologiche, ci allontanerà dalla cattedra.

Nelle Cliniche italiane non fu in alcun modo negletto il movimento scientifico; esso fu sempre curato, lo abbiamo seguito, vi abbiamo contribuito. Ma nelle nostre Cliniche si è poco a poco compreso che esse sono e devono essere scuole di biologia applicata alla interpretazione ed alla conoscenza dei morbi ed alla loro cura: devono valersi di tutte le conquiste biologiche applicabili alla patologia umana, devono controllarle, accettarle, o respingerle, mentre d'altro lato devono rilevare i fatti nuovi, che i processi morbosi mettono in luce nell'uomo con le loro localizzazioni, e rivelano gruppi sintomatologici che la patologia sperimentale non era mai riuscita a rilevare. Così lo studio dei processi encefalitici, ha precisato e rilevato funzioni topografiche del mesencefalo, ignorate per lo addietro, ed hanno così portato un prezioso contributo alla fisiologia del sistema nervoso.

E tutti gli studi fatti nelle Cliniche sulla patologia delle nefriti hanno messo in evidenza fatti capitali, relativi alla funzione del rene, mentre d'altro lato hanno aperti nuovi orizzonti alla comprensione della patogenesi dei morbi renali, in rapporto ai perturbamenti del ricambio; hanno messo in luce il ricambio intermedio nei suoi rapporti con la patologia nefritica: fatto che rilevato primamente nella mia Clinica fu l'inizio di una serie di importanti ricerche, le quali hanno portato una vera rivoluzione nella concezione dei morbi renali e della loro fenomenologia, concezione in cui le Cliniche italiane hanno preceduto le Cliniche francesi, per quanto in Italia, come abitualmente succede per le cose nostre, siasi alle scuole francesi attribuito il merito di quello che primamente si era fatto in Italia.

Così alla endocrinologia, nelle sue relazioni con la morbilità umana, alla radiologia nelle sue fundioni semeiologiche, le scuole Italiane hanno portato un largo contributo originale: così Guido Baccelli, insegnando la via delle vene per la introduzione dei farmaci, ha preparato nuovi trionfi curativi alla Clinica Italiana, mentre Carlo Forlanini, ideando il pneumotorace, ha dato alla medesima un presidio curativo utile, per quanto lo si discrediti con applicazioni inopportune e dannose. Se volessi continuare in questa enumerazione, dovrei intrattenervi troppo lungamente; ho solo, a mo' d'esempio, ricordato una parte dei tanti contributi portati dalla Clinica Italiana al progresso scientifico, per ricordare come in Italia la Clinica non abbia mai smarrito la coscienza della sua missione, delle sue finalità, ed abbia seguito sempre, con giudizio e con positivismo, le conquiste della scienza per indirizzarle al benefizio dell'uomo.

E svolgendo il programma delle comunicazioni annunziate in questo convegno, vediamo come oggi le Scuole Cliniche Italiane, nel loro lavoro, si mantengano fedeli a questo indirizzo, il cui merito specialmente spetta, fra noi, a Guido Baccelli, a questo sommo Maestro, che sempre si dovrà con riverenza e con plauso ricordare, ogni qual volta i medici italiani si riuniranno per esaminare la via percorsa per tracciare quella da percorrere.

È questo un rigoglio di operosità che dobbiamo con grande soddisfazione constatare, che segna una elevazione non dubbia del valore scientifico delle Cliniche nostre.

È certo un fenomeno singolare questo; che mentre il livello scientifico delle Scuole nostre si alza, le conoscenze cliniche delle scolaresche si abbassano. È fenomeno singolare ma facilmente spiegabile, dato l'ordinamento degli studi seguito fin qui: se non sarà mutato, il danno sarà ogni anno maggiore.

Con una frase abituale, si è andato da molti anni ripetendo che la Clinica non è scienza, tanto che i corpi scientifici puri esclusero come tali dalle loro file, sistematicamente, i clinici; esempio: Guido Baccelli. Questa opinione è derivata da una imperfetta conoscenza di ciò che la Clinica è nella natura e nella essenza sua. Se lo scienziato, così detto puro, nel proprio laboratorio scruta i fenomeni, che una lesione fatta ad arte crea in un animale da esperimento, il clinico scruta nell'uomo i fenomeni creati da un processo morboso, e li scruta alla stregua delle conoscenze biologiche acquisite ed alla stregua di quelle che egli stesso ha create. L'opera sua resta così più completa e più perfetta perchè è sull'uomo e per l'uomo che crea le sue conclusioni.

È una forma di biologia più completa, più alta, perchè si connette più strettamente alla vita ed alla salute umana. È il controllo sull'uomo, che solo può dimostrare e rendere utile qualsiasi conquista fatta da qualsiasi forma di studio biologico. Fra la biologia assoluta e la biologia dell'uomo sano e malato si crea una corrente perpetua di correlazioni, la cui sintesi segue i progressi veramente utili all'umanità: la clinica riceve dalla biologia le sue conquiste, le ridà purificate e vagliate dalle sue osservazioni sull'uomo. Non è scienza codesta? Ben a ragione Guido Baccelli chiamava la medicina la più nobile e la più benefica delle scienze.

La Nazione può essere orgogliosa di questa schiera di giovani lavoratori, che danno all'Italia una posizione pari a quella di ogni altra Nazione. Spetta al Ministro far sì che tanta ricchezza di sapere e di energie scientifiche vengano utilizzate per il decoro del paese, per il benessere degli uomini.

Alla nostra riunione oggi prendono parte colleghi di altre Nazioni ed in numero considerevole: io li saluto cordialmente a nome di tutti i colleghi italiani, e li invito a prender nota di come si stu-

dia e si produce nel nostro Paese, che ha ragione di contestare, vittoriosamente, quella posizione preponderante, quel monopolio del sapere medico, che altre Nazioni si erano arrogate.

Ai giovani nostri, qui accorsi con zelo a portare il frutto dei loro annuali lavori, io dico a nome di tutti i Maestri qui raccolti la nostra soddisfazione, e dico ad essi che a ragione ci sentiamo orgogliosi di essi.

Ai colleghi, cultori della *chirurgia*, che anche in quest'anno vollero unire la loro alla nostra operosità, io porgo un vivo ringraziamento, un saluto ricco di sentita fraternità, di stima profonda, di ammirazione per la posizione che nelle discipline chirurgiche hanno saputo dare al nostro Paese.

Ed ora, nel procedere all'inizio dei nostri lavori, io porgo a tutti i qui convenuti, autorità e cittadini, il ringraziamento della nostra Società di Medicina interna, lieta di vedere da tanti consensi coronate le cure da essa posta per l'organizzazione del nostro convegno.

Ed eleviamo tutti uniti con un solo pensiero di amore, un saluto rispettoso alla Maestà del Re, ed al Capo del Governo rinnovatore della nostra Italia. Evviva! Evviva!

Ha preso quindi la parola il prof. ROBERTO ALESSANDRI, presidente della Società Italiana di Chirurgia, pronunciando il seguente discorso:

Signori! Signore!

Dopo il discorso di Edoardo Maragliano, denso di pensiero e brillante d'imagini, non io certamente intendo trattenervi ancora su questioni gravi di scienza o di insegnamento.

Che anzi io ritengo, che se questa consuetudine ormai quadriennale, di abbinare le riunioni delle nostre Società continuerà ad avverarsi, come credo opportuno e vantaggioso reciprocamente, sarà pure utile stabilire un unico oratore per le cerimonie inaugurali.

Ma questo ancora non è, e l'onore che mi viene dall'essere quest'anno Presidente della Società Italiana di Chirurgia, che si riunisce oggi per la trentesima volta, impone che anch'io porti il suo saluto e il ringraziamento al rappresentante del Magnifico Rettore, a quello del Commissario del Comune, a tutte le Autorità Civili e Militari, che hanno aderito al nostro invito, a voi gentili Signore ed egregi Signori che coi nostri Soci affollate quest'aula ad auspicare ai nostri studi e ai nostri dibattiti.

E permettetemi che io aggiunga brevissime parole per mettere in evidenza davanti a voi l'opportunità e i vantaggi, che dall'abbinamento dei Congressi delle nostre due Società derivano per il maggior profitto delle nostre ricerche, per l'affiatamento sempre più intimo dei nostri sforzi e delle nostre mire, che in questa talora eccessiva odierna febbre di specializzazione, ci porta ad affermare la necessità di non dimenticare la sintesi anche fra le due grandi branche dell'arte salutare, la Medicina e la Chirurgia.

Una delle frasi più comuni, e più frequentemente ripetute, è quella dei progressi della Chirurgia in confronto della stasi della Medicina.

Ebbene è giusto che io chirurgo a un pubblico misto di medici e di chirurghi e di estranei alle nostre discipline faccia rilevare l'assurdità di tale distinzione. Non vi è un limite di differenziazione assoluta fra i due rami della stessa scienza per quello che riguarda i mezzi di diagnosi e i miglioramenti della terapia. Il compito comune è quello di riconoscere e guarire le malattie, o quando questo non è possibile, alleviare le sofferenze. E questo possiamo farlo con mezzi incruenti o coll'intervento chirurgico.

Se noi possiamo vantare progressi innegabili di tecnica operatoria, questo riguarda solo una parte della terapia; ma meravigliosi sono anche i progressi nelle indagini diagnostiche, nelle conoscenze fisio-patologiche, nei mezzi curativi d'ogni specie; e tutti, medici e chirurghi, abbiamo imparato e dobbiamo ancora sempre e meglio imparare a servirci di questi molteplici mezzi e saperli adattare ai singoli casi. Così noi vediamo una serie di malattie, che prima erano considerate come non curabili se non chirurgicamente, nelle quali invece oggi, con mezzi medicamentosi, con cure vacciniche, con sussidi fisici o chimici, riusciamo a guarirle senza intervento, o questo resta limitato a piccoli atti cruenti: basterà ricordare fra tutte molte lesioni tubercolari, ossee, articolari, glandolari, di organi interni, in cui questa verità è oggi riconosciuta unanimemente, e mi si permetta di rilevare che è questo un vanto in massima parte spettante alla Scuola romana. E siamo proprio noi chirurghi che volentieri in questi campi cediamo le armi, e in molti casi siamo stati proprio noi a far riconoscere l'inutilità o magari il danno dell'operazione e a spogliarci a vantaggio dei malati del diritto di considerare di nostra esclusiva spettanza malatie di simil genere.

Viceversa i medici hanno oggi appreso, e sempre più le nozioni si diffondono e si rendono meglio accette, l'utilità o addirittura la necessità dell'intervento, spesso precoce, in molte malattie interne, nelle quali, fino a poco tempo fa, ci si ostinava in un trattamento medico, che faceva perdere un tempo prezioso, e abbandonava poi all'intervento chirurgico un organismo ormai defedato, e in cui la maggiore abilità tecnica non poteva ottenere risultati soddisfacenti.

In questo progresso che non può dirsi della chirurgia, ma è della chirurgia e della medicina insieme, della vera clinica intesa nel senso più alto e più lato, una parte di grandissima importanza spetta all'anatomia patologica. Io ho sempre sostenuto che se la chirurgia ha un vantaggio sulla medicina, questo è di poter controllare immediatamente le sue diagnosi, coll'anatomia in vivo dell'atto operativo, in modo da riconoscere subito gli eventuali errori di giudizio, e quindi avere la possibilità di correggerli e non più incorrervi in casi simili.

La stessa funzione compie, sia pure non sempre così immediata, l'anatomia patologica nella medicina, e anche questo punto fornisce un argomento capitale per la collaborazione fra le due maggiori

branche delle scienze mediche, poichè il reperto anatomico, il controllo diretto, l'esame istologico ha portato a progressi mirabili nell'uno e nell'altro campo, più notevoli e più saldi quando appunto non si sono chiusi nel ristretto campo d'idee esclusiviste di un concetto puramente medico o di una aspirazione esclusivamente di progresso tecnico o operativo.

Questo ormai per opera e merito delle Società di Chirurgia e di Medicina è divenuta abitudine nostra, e ogni anno usiamo scambiarci le idee su argomenti comuni. I confini fra i due campi, i *Grenzgebieten*, son da un pezzo incerti e compenetrati scambievolmente; ma è italiano esclusivamente questo atto di fede di riunire i due Congressi.

Nell'ultimo Congresso della Società francese di chirurgia uno degli argomenti posti in discussione era la trasfusione del sangue, tema di grande importanza e che ha per opera di chirurghi raggiunto notevoli perfezionamenti di tecnica e di applicazione pratica in molteplici affezioni, specie durante e dopo la grande guerra; ma ognuno vede subito quanto interessante sia lo stesso argomento in tante malattie puramente mediche, e ciò fu riconosciuto dalla stessa Società francese di Chirurgia, che invitò il Weil, certo fra i più competenti medici nella questione, a riferire anch'egli su di essa nel Congresso chirurgico.

Ma le due Società sono sempre divise e tengono i loro Congressi separatamente e in epoche distinte e senza alcun contatto diretto.

Noi possiamo dunque ben dire di essere all'avanguardia in questo indirizzo; e poichè credo che siamo anche nella giusta linea, chiudo queste mie brevi parole coll'augurio che sempre più e meglio le nostre due Società proseguano nello scopo, che le ha spinte a riunirsi nell'epoca dei Congressi, e sempre più proficuo divenga lo scambio d'idee e di propositi per il progresso della scienza e della pratica medica e chirurgica.

Sedute comuni ai due Congressi.

(*Seduta antimeridiana del 25 ottobre*).

Presidenza: Prof. V. ASCOLI.

A) PARTE MEDICA.

Sulle leggi fisico-chimiche che presiedono alla formazione di calcoli biliari.

Relazione del prof. C. ALESSANDRI (Firenze).

Conclusioni.

I calcoli biliari in rapporto alle sostanze di cui sono costituiti possono esser divisi in: 1) Calcoli di colesterina pura, in genere solitari, a struttura raggiata, talvolta con un nucleo, con tracce di pigmenti biliari, mancando o quasi una trama albuminoidea. 2) Calcoli combinati (Aschoff-Bacmeister). Talvolta i calcoli predetti di colesterina pura a struttura raggiata presentano un mantello di bilirubinato di calcio. In generale anche questi sono solitari, e si trovano per lo più nel cistico o nel coledoco. 3) Calcoli di colesterina e calcio associati a bilirubina, a stratificazioni concentriche, in generale multipli. 4) Calcoli di bilirubina e suoi derivati associati al calcio. Numerosi, amorfi, piccoli, sovente nelle vie biliari intraepatiche. 5) Concrementi calcari.

Con due teorie principalmente si cerca spiegare il momento causale della litiasi biliare: colla teoria sostenuta da Naunyn, e con quella sostenuta da Aschoff e Bacmeister. Per la prima si ammette che per una colangite facilitata da una stasi biliare si abbia sfaldamento epiteliale (con messa in libertà di piccole gocce di colesterina), coaguli di muco e fibrina ricchi in calcio (che potrà combinarsi colla bilirubina). In tal modo si costituisce un nucleo primitivo di uno o più calcoli, su cui si formeranno successivamente nuovi strati dei vari elementi biliari. Questi calcoli possono, secondo il Naunyn, successivamente trasformarsi in calcoli di colesterina pura per «colesterinizzazione». Talvolta, però, piccoli cristalli colesterinici liberi nella bile potranno unirsi fra loro cementati da prodotti flogistici e dare calcoli sprovvisti anche di nucleo primitivo. Nelle vie biliari intraepatiche si possono formare piccoli e numerosi calcoli di bilirubina e calcio con scarsissima colesterina, sempre in seguito a flogosi.

Il meccanismo di formazione di questi calcoli è il seguente: Per i primi il Naunyn ammette che l'equilibrio colloidale della bile, che tiene in soluzione la colesterina e il bilirubinato di calcio, sia mantenuto dall'azione protettiva dei colloidi e dall'eguale carica elettrica posseduta dai varii elementi che costituiscono la bile. Un nuovo elemento che intervenga nella bile, o che abbia una carica elettrica differente, ad es., albumina, farà sì che su di un primitivo nucleo colloideo precipiteranno i cristalloidi biliari ritmicamente, dispondendosi a strati concentrici, secondo il meccanismo messo in evidenza da Liesegang. Per i calcoli di colesterina pura Naunyn, oltre ad ammettere la sostituzione della colesterina al bilirubinato di calcio del calcolo suddetto, ritiene anche che intorno al nucleo primitivo, per fenomeni di adsorbimento si portino le piccole gocce di colesterina che solidificano per cristallizzazione, disponendosi subito radialmente, accrescendosi poi il calcolo per apposizione di nuova colesterina.

Per la teoria di Aschoff e Bacmeister il momento causale della colelitiasi non è per tutti i calcoli lo stesso, ed esso per i calcoli di pura colesterina, consisterebbe in una stasi biliare, unita ad un perturbamento del ricambio della colesterina dovuto o ad un suo aumento nella bile, o ad una diminuzione dei sali biliari che la mantengono sciolta nella bile stessa. Con ciò, in ambiente sterile, si formano calcoli di colesterina pura, raggiati, che possono impegnarsi e rimanere sempre sterilmente nelle vie epatiche, ma che possono in secondo tempo facilitare una infezione; nel qual caso si determinano le condizioni perchè il calcolo colesterinico si rivesta di un mantello di bilirubinato di calcio a stratificazioni concentriche. Il meccanismo di formazione dei calcoli è, secondo questi AA., il seguente: Quando la colesterina bi-

liare è in condizione di precipitare assume la forma di piccole gocce che confluiscono fra loro per fenomeni di tensione superficiale: tali ammassi si ispessiscono cristallizzando lentamente, ed i cristalli assumono, sin dall'inizio, la disposizione raggiata. I calcoli di colesterina e calcio associati a bilirubina, ed i calcoli di colesterina con rivestimento di bilirubinato di calcio si formano invece secondo il meccanismo messo in evidenza dal Liesegang.

Lo Schade ha portato un notevole contributo sperimentale alle leggi fisico-chimiche di formazione dei calcoli biliari. Per l'A. il componente più importante dei calcoli è la colesterina che è mantenuta in soluzione nella bile dai sali biliari. Per cause varie, spesso minime (controllate sperimentalmente), la colesterina passando per uno stadio intermedio di piccole gocce, che si uniscono fra loro per fenomeni di adsorbimento, può precipitare e cristallizzare a struttura radiata. In altri calcoli però l'albumina e il bilirubinato di calcio determinano il modo di conformazione del calcolo: precipitando l'albumina precipita anche il bilirubinato di calcio, e successivamente si formano sulla primitiva precipitazione colloidea degli strati concentrici di bilirubinato di calcio. La colesterina nel precipitare potrà disporsi a seconda dei casi o a lamelle concentriche, o radialmente, a seconda del prevalere o no dei colloidi organici biliari sulla colesterina stessa. Anche il coefficiente pressorio delle pareti della cistifellea avrà importanza a dare forma e consistenza al calcolo così formato.

Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle infezioni biliari ed alle complicazioni pancreatiche.

Relazione del prof. F. SCHUPFER (Firenze).

Conclusioni.

Riassumendo qui le principali conclusioni della mia relazione avverto che esse sono dedotte, non solo dai lavori pubblicati dai varii autori su questo argomento, ma anche dallo studio dei numerosi malati della mia clinica, e dalle ricerche dei miei allievi professori Garin, Pisani, Varisco e Carlo Alessandri, e dottori Natali, D'Arbela, Tinti, Canale, Enriquez, Facibeni, Piero Alessandri e Bartoli.

1. Le infezioni delle vie biliari, e le alterazioni del ricambio colesterinico hanno una grandissima importanza nella genesi dei calcoli biliari; ma le leggi fisico-chimiche, scoperte fino ad ora, e relative alla formazione dei calcoli biliari, non ne rischiarano in modo completo la patogenesi, mancando in esse una spiegazione del *primum movens* sia della formazione dei calcoli, sia dell'arresto della loro formazione e del loro accrescimento, sia dello scoppio dell'accesso colico. A tale proposito si conoscono molte cause coadiuvanti, ma ancora non è nota la causa *veramente determinante*, come non si conosce perchè, durante la vita di un colelitiasico, il periodo, che potremo dire litogeno, si presenti solo per brevi intervalli di tempo.

Ancora è ignoto se questo *primum movens* si debba ricercare nelle leggi puramente fisiche, od in quelle fisico-chimiche, od in quelle più complesse che rientrano nelle anafilattiche, ecc.; ma è certo, che grande peso si deve dare anche alla costituzione individuale, ed alle turbe del sistema nervoso: fatti questi che dovrebbero essere profondamente meditati da chi vuol scoprire le leggi fondamentali della patogenesi della colelitiasi.

2. Sono noti molti fattori che si riguardano come cause occasionali per la genesi dei calcoli; ma esse non sempre agiscono di per sè come tali; e talora non sono che l'espressione di un'alterata costituzione, di un alterato ricambio dell'individuo.

3. Nella calcolosi discrasica pare abbiano molta importanza i disturbi del ricambio colesterinico; invece per la genesi degli altri calcoli la massima importanza si deve dare alle infezioni, e specialmente a quelle da b. typhi e da b. coli. Però, se nel periodo di formazione dei calcoli hanno grande importanza ambedue i germi suddetti, invece nell'ulteriore decorso della colelitiasi, anche quando in primo tempo ha agito il b. typhi, si deve dare il massimo peso al b. coli, ed in minor grado alle varie specie di stafilococchi, di streptococchi, di diplococchi, di germi dell'influenza, ecc.

4. Il sondaggio duodenale può essere utile per stabilire se le vie biliari sono infette; ma per poterne trarre delle deduzioni attendibili è condizione essenziale la pervietà delle suddette vie. Se col sondaggio duodenale si ottiene una bile ricca di corpuscoli purulenti e di albumina ciò indica quasi certamente una infezione biliare; mentre non si deve dar valore alla presenza nel succo duodenale di cristalli di colesterina o di bilirubinato di Ca, nè alle così dette schegge e granuli del Petry.

5. Il sondaggio duodenale talora è anche utile per identificare i germi che producono l'infezione delle vie biliari, però il reperto batteriologico non è costante, e non di rado il succo duodenale ci appare sterile anche in casi di infezione attiva della cistifellea, il che avviene con grandissima frequenza in casi di chiusura del cistico; ma può accadere anche in malati nei quali esso sia pervio. L'istillazione nel duodeno di solfato di magnesio, o di peptone, o di acido cloridrico provoca spesso un flusso biliare abbondante, però la bile così ottenuta non si può considerare sempre ed esclusivamente come bile cistica. In alcuni casi il reperto batteriologico culturale del duodeno è negativo; ma diviene positivo dopo l'istillazione di peptone o di solfato di Mg, anche se così non si provoca quel flusso tumultuoso di bile spessa, vischiosa e scevra che caratterizza il così detto riflesso positivo.

6. Il riflesso al solfato di Mg, al peptone ed all'ac. cloridrico raramente è positivo in casi di colelitiasi, ma la sua assenza non può farci concludere per una chiusura del cistico.

7. Il valore del reperto batteriologico del succo duodenale è maggiore nei casi in cui la colelitiasi si accompagna ad ipercloridria, o ad acidità normale. In casi di ipoacidità o di achilia avrà valore se i germi, rinvenuti nel duodeno, non siano gli stessi che si riscontrano nello stomaco. Prima di concludere per la patogeneità dei germi isolati dal succo duodenale è bene sperimentare su di essi il potere agglutinante del siero del malato.

8. La sintomatologia della colelitiasi dipende quasi tutta dalle concomitanti infezioni delle vie biliari, perchè, senza infezione, la fenomenologia *in generale* è muta, come appunto accade nei calcoli puri di colesterina che si riguardano come di natura discrasica e non infettiva.

9. Per fare la diagnosi di colelitiasi non si deve attendere la comparsa della colica biliare tipica, nè dell'itterizia, chè molte forme decorrono col quadro della dispepsia, specie gastrica, o sotto forma pseudo-gastralgica, od enteralgica, od appendicolare, o sotto quella di febbricola epatica, di angina pectoris, ecc. Non si dimentichi poi che non è rarissima la concomitanza della colelitiasi e dell'ulcera gastrica o duodenale, e dell'appendicite.

10. Poco valore per la diagnosi ha la presenza nelle feci della così detta sabbia biliare, e non si devono confondere coi veri calcoli quelle masse saponacee, rotondeggianti, e talvolta di notevoli dimensioni, che compaiono talora nelle feci, specie dopo l'uso dell'olio di oliva.

11. La colelitiasi può avere delle ripercussioni sul chimismo e sulla motilità gastrica producendo, a seconda dei casi, ipercloridria od ipocloridria, rilassamento o spasmo pilorico, gastrospasmo, o antrospasmo, ecc., fatti questi che molte volte ci rendono ragione dei disturbi che i colelitiasici accusano a carico del loro tubo digerente.

12. Nella colelitiasi si possono avere anche coliche biliari puramente nervose, che possono comparire tanto prima, quanto dopo la colecistectomia; esse però possono avvenire anche in persone immuni da colelitiasi. Secondo alcuni tali coliche si verificherebbero in coloro che presentano abito astenico, o linfatico, o vagotonia costituzionale; forse esse sono analoghe a quelle che talora si presentano nella tabe dorsale.

13. Nelle coliche atipiche è utile per la diagnosi lo studio della bilirubinemia, la quale nelle coliche biliari senza ittero presenta una maggiore celerità nella comparsa della sua reazione e nel raggiungimento della sua massima intensità cromatica, nel mentre il suo aumento è molto più transitorio rispetto ad altre coliche di diversa natura.

14. Il valore che in condizioni analoghe si può dare all'ipercolesterinemia è tutt'o'ra incerto.

15. La radiografia ancora non ha raggiunto quel grado di perfezione che possa renderla un sussidio veramente utile in *tutti* i casi di colelitiasi.

16. Le colecistiti possono guarire di per sè; ma per lo più portano ad ispessimento e retrazione della cistifellea, per cui questa generalmente non è più palpabile, neanche durante le coliche. Altre volte si possono avere necrosi, ulcerazioni, perforazioni della cistifellea, ma più spesso empiemi ed idropi.

17. La penetrazione dei calcoli nell'intestino, specie se avviene per vie non naturali, può dar luogo a fenomeni di ileo, anche in casi in cui i calcoli non siano molto voluminosi.

18. Nella colelitiasi non è raro un addensamento polmonare cronico basale destro, od una pleurite basilare destra, anzi talora la presenza di questa ultima, o la sua riacutizzazione durante un accesso colico, può essere utile per la diagnosi.

19. Nelle forme croniche non sono rare le retrazioni aderenziali del tubo gastro-enterico, e specialmente del duodeno, con consecutiva stenosi, ecc.

20. Il cancro delle vie biliari non è molto frequente nella colelitiasi; ma non si può negare che quest'ultima possa favorirne lo sviluppo.

21. Le alterazioni del pancreas acute, ma specialmente quelle croniche, sono frequenti nella colelitiasi, specie in quella del coledoco. Esse si localizzano specialmente nella testa del pancreas, e possono avvenire, eccezionalmente per via ematica, più frequentemente per via linfatica, o per penetrazione dei germi dal coledoco nell'interno del Wirsungiano. Si possono però anche avere infezioni della testa del pancreas per propagazione dell'infezione attraverso la parete del coledoco, nel tratto in cui esso attraversa il pancreas, come pure si possono avere alterazioni del pancreas determinate per contiguità in caso di aderenze.

22. Le anomalie di decorso e di sbocco del Wirsungiano rispetto al coledoco, o la presenza di un dotto del Santorini, di notevole calibro, possono modificare le condizioni che favoriscono la pancreatite, e le sue conseguenze.

23. Tra le pancreatiti acute la massima importanza spetta alla citosteatonecrosi; tra le croniche a quella che dà tumefazione notevole della testa del pancreas, la quale può di per sè stenosare od occludere il coledoco, e produrre persino un tumore palpabile.

24. Per la diagnosi di pancreatite cronica depongono molti fenomeni clinici, i quali, se si presentano isolati, hanno poco valore, mentre, se compaiono associati nello stesso individuo, rendono la diagnosi probabile, ma ben raramente, certa. Il rapporto che tra loro presentano nelle feci le varie qualità di grassi, è molto importante per scoprire l'assenza del succo pancreatico nell'intestino; ma non è altrettanto utile per scoprire le semplici alterazioni quantitative di esso. La ricerca dei fermenti pancreatici nelle feci pare abbia un valore molto discutibile; quella nel succo duodenale è utile, specie se, nei casi dubbi, si segue la tecnica proposta dal D'Arbela.

25. La glicosuria è rarissima nelle pancreatiti che si osservano nella colelitiasi.

26. La cura medica non ha subito in questi ultimi tempi sostanziali modificazioni. Utile può essere in alcuni casi il sondaggio duodenale, e l'istillazione nel duodeno di soluzioni di solfato di Mg. o di peptone, o di ac. cloridrico. Per ora non si conosce alcun rimedio capace di sciogliere i calcoli nelle vie biliari.

27. Una cistifellea che non presenta più segni d'infezione, o che non li ha mai presentati, e che si può palpare turgida per la presenza di calcoli, o per idrope, ma che non dà alcun disturbo all'infermo, va operata solo in quegli individui in cui esistono condizioni di vita tali da esporli con facilità alle infezioni delle vie biliari.

28. In caso di colica epatica non si procederà subito, fin dal primo accesso, all'operazione, a meno di sintomi che minaccino direttamente la vita dell'infermo.

29. Coloro che presentano coliche biliari, ma non occlusione delle vie biliari di una certa durata, nè complicazioni flogistiche estremamente gravi, si devono in primo tempo curare medicamente. Solo se le cure mediche non hanno avuta efficacia, o se le coliche si rinnovano con molta frequenza, e specialmente se si ripetono in modo grave, o se, anche senza l'esistenza di coliche, i disturbi dispeptici sono molto molesti, e rendono gravosa la vita all'infermo, si dovrà operare. Naturalmente in queste condizioni di cose l'operazione verrà decisa più precocemente in coloro che non hanno mezzi per fare cure mediche lunghe e costose, in coloro che fanno vita più strapazzata, in coloro che non possono seguire le regole dietetiche, ecc. Non credo però si possa convenire in quanto dicono alcuni: che cioè si debba operare se le cure mediche dopo un anno non hanno prodotto la scomparsa dei sintomi, o se le coliche si ripetono più spesso che ogni quattro settimane. A seconda dei casi tali termini possono essere troppo brevi, o troppo lunghi. Certo non bisogna decidersi troppo tardi all'operazione, quando cioè i malati sono estenuati, o presentano aderenze, ascessi ed altre complicazioni anche gravi.

30. Nella colecistite acuta si opererà subito se esistono fenomeni gravissimi, come per es., quelli gangrenosi, altrimenti si faranno, in primo tempo, le cure mediche. L'empiema cronico si deve sempre operare.

31. Nell'occlusione acuta del coledoco credo non convenga operare subito; ma, se l'occlusione perdura, e l'ittero è marcato, e c'è febbre forte, non si attende ad operare più di 8-10 giorni, mentre, se la febbre è leggera o manca, si potranno attendere anche 35-50 giorni; raramente di più e solo se l'ittero è variabile, e se non v'è febbre.

32. Si opererà anche nelle intense pancreatiti acute, ed in quelle croniche, con notevole tumefazione della testa del pancreas.

33. Le controindicazioni sono rappresentate dall'obesità, dall'arteriosclerosi avanzata, da malattie dei reni e del cuore, specie nei bevitori e nei vecchi, dal diabete, dalle bronchiti croniche. Bisognerà però in ogni singolo caso accertarsi che la glicosuria, l'albuminuria, la debolezza del cuore, la bronchite cronica, ecc., non siano la conseguenza della colelitiasi, nel qual caso cesserebbero dal rappresentare delle controindicazioni operatorie. Ma anche se così non fosse, a meno che lo stato dell'infermo sia estremamente grave, io credo si debba operare, nonostante le condizioni suddette, qualora l'operazione rappresenti l'unica via non di una terapia a risultati palliativi di brevissima durata, ma di una cura veramente utile, e viceversa fossimo certi che, non operando, il malato dovesse soccombere.

34. Le recidive dei dolori dopo l'operazione della colecistectomia dipendono talora dalla presenza di calcoli sfuggiti all'operatore, o formatisi secondariamente: ma più spesso sono dovuti a crampi nervosi dello stomaco e del duodeno (imputabili ad alimentazione incongrua), o ad aderenze, od alla persistenza di concomitanti ulcere gastriche o duodenali, o di appendicite; ma talora sono vere coliche biliari di natura nervosa, dovute verosimilmente a crampo in corrispondenza di quelle vie biliari che subiscono una distensione dopo l'operazione.

35. L'achilia gastrica, osservata dopo la colecistectomia, in generale preesisteva all'operazione, e quindi non ne è una conseguenza.

B) PARTE CHIRURGICA.

Infezioni delle vie biliari. Colecistiti.

Relazione del dott. prof. FRANCO CROSTI.

Conclusioni.

1. Il fattore indispensabile perchè si manifesti una colecistite è l'*infezione*. Questa è dovuta ai microorganismi che arrivano alla cistifellea per vie diverse. Le più comunemente seguite sono quelle della corrente sanguigna e della corrente linfatica: quest'ultima apporta l'infezione anche da organi vicini.

L'infezione ascendente e quella autogena devono considerarsi come rare.

L'insediarsi del processo infettivo ed il suo svolgimento sono favoriti dalla *stasi biliare*.

Anche il *fattore diatesico* entra in azione, sopratutto per favorire la genesi dei calcoli in una vescicola infetta ed in preda a processi infiammatori.

2. Per effetto della stasi, ma assolutamente senza intervento di processi infettivi, il coefficiente diatesico può dar luogo alla formazione del *calcolo asettico raggiato di colesterina*. Fatta eccezione per questo, tutti gli altri calcoli sono in dipendenza diretta dell'infezione e dei conseguenti fatti infiammatori più o meno intensi.

Il fattore diatesico (ipercolesterinemia) si manifesta anche con ogni probabilità negli stati infiammatori lievi in cui si riscontra il particolare aspetto che costituisce la cosidetta *vescichetta a fragola*: in questa sui villi della mucosa della cistifellea si deposita un lipoide che risulta dalla combinazione della colesterina con un acido grasso. Quando il processo infiammatorio si intensifica il lipoide ha tendenza a penetrare negli strati profondi delle pareti: in uno stadio più avanzato quando prevalgono le manifestazioni del processo infettivo e si inizia la suppurazione scompare ogni traccia del lipoide.

3. La colecistite nelle sue varie manifestazioni può decorrere come un'entità morbosa a sè, senza determinare la produzione di calcoli. La colecistite è però abituale nella litiasi, la quale si riscontra specialmente nella forma recidivante; sembra essere dovuta non solo all'effetto della stasi, ma al succedersi delle infezioni.

4. I microorganismi che si riscontrano con una certa prevalenza nelle colecistiti e che devono essere considerati come agenti delle infezioni, sono il b. coli, il b. tifico ed i cocchi ordinari della suppurazione.

Alcune colecistiti rappresentano delle vere localizzazioni di una setticemia generale: così quelle dovute al bacillo del tifo. Quando si attenuano

i sintomi flogistici il bacillo di Eberth può rimanere ospite della cistifellea anche per molti anni, senza arrecare disturbi, pur continuando ad essere causa di diffusione dell'infezione erbertiana (portatori).

Alcuni microorganismi (streptococchi) sembrano avere una affinità elettiva per la cistifellea.

5. Nella colecistite il processo morboso non risiede tanto nel contenuto della cavità quanto nelle sue pareti. Nelle vescicole levate nei periodi intercalari fra le crisi (a freddo) le culture di frammenti delle pareti, come del resto quelle del centro dei calcoli, possono riescire positive, mentre risultano sterili quelle del liquido contenuto nella cistifellea.

La colecistite è la lesione iniziale ed il calcolo la formazione secondaria; a sua volta questo può reagire sulle pareti dell'organo, mantenendovi uno stato infiammatorio che ha tendenza a farsi cronico.

Fra le diverse forme di colecistite la più temibile è quella ulcero-flemmonosa, perchè può essere causa di perforazione dell'organo con fuorescita del contenuto settico e contaminazione della grande sierosa. Il risentimento del peritoneo, che si inizia verso il fondo della cistifellea e si estende nella regione sottoepatica, con la formazione di aderenze più fitte ed estese a seconda della virulenza dell'infezione e dello stato delle pareti della cistifellea rappresenta un mezzo di difesa per localizzare l'infezione. Questa, qualora si diffonda al peritoneo, può rimanervi circoscritta, come può determinare una peritonite generalizzata: in casi fortunati può dar luogo alla formazione di un ascesso, quando per la presenza di aderenze esista quasi una cavità preformata. Gli ascessi delle pareti, quelli del letto epatico e del parenchima vicino costituiscono un pericolo permanente per la grande sierosa. Frequentemente l'epatite, specialmente circoscritta, si accompagna, quando non preceda, alla colecistite.

6. *La sintomatologia* delle colecistiti di solito ha caratteri abbastanza netti: il sintomo prevalente è il *dolore* localizzato alla regione della cistifellea o con caratteristiche diffusioni e con localizzazione a distanza (punti dolorosi alla pressione). Si aggiunge la contrazione di difesa della parte superiore del muscolo retto addominale, qualche volta la tumefazione della regione; la febbre è variabile da caso a caso; l'ittero è raro. Il dolore spesso a tipo continuo subisce delle esacerbazioni, specialmente durante la colica, la quale solitamente segna il momento della migrazione di un calcolo o di bile densa lungo le vie escretorie. Nella vescichetta da stasi, studiata da Borghi e da Schmieden si possono avere delle coliche dolorosissime senza la presenza di calcoli. La partecipazione al processo infettivo della sierosa sottoepatica aggrava di molto il quadro sintomatico: la peritonite generalizzata con la sua sintomatologia può mascherare quello della colecistite iniziale.

La *diagnosi,* facile in molti casi, può in altri presentare delle gravi difficoltà quando non soccorra l'anamnesi ed i sintomi siano incerti. Spesso le manifestazioni sintomatiche si confondono con quelle delle affezioni dei visceri vicini, specialmente dell'ulcera gastrica, e più ancora di quella duodenale. Può esserci di grande aiuto per la diagnosi l'*esame radiologico,* qualche volta con la dimostrazione delle alterazioni della cistifellea e della presenza di calcoli, spesso coi reperti parabiliari della colecistite, specialmente se calcolosa.

L'esame del contenuto duodenale con la sonda di Einhorn e col metodo Lyon-Meltzer, se pure merita di essere sperimentato, non pare abbia finora avuto una sanzione pratica importante.

7. Quanto alla *terapia,* nella colecistite, come nella colelitiasi deve essere esperita anzitutto la cura medica, ma è assolutamente da sconsigliare il suo uso prolungato. Nei processi ipersettici con tendenza alla generalizzazione — e per cercare di presto raggiungere uno stato che si avvicini al raffreddamento — ci si dimostrano utili le *stomosine* del prof. Centanni.

L'operazione precoce deve essere validamente raccomandata, specialmente nei giovani quando, malgrado la terapia medica, si ripetano le crisi dolorose e si osservi un decadimento organico. Allora non bisogna oltre attendere per operare. Negli adulti il trattamento conservativo, specialmente negli uomini, può essere prolungato: l'operazione è però indicata quando le condizioni generali sembrano migliorate, ma persistano la sensazione dolorosa ed i sintomi gastrici della litiasi, od al contrario quando le crisi sembrino aumentare di intensità o di violenza. Nei vecchi non devesi operare se non per indicazione vitale e l'intervento deve essere il più semplice ed il meno lesivo.

L'operazione precoce trova l'ammalato nelle migliori condizioni quando ancora la malattia è localizzata nella cistifellea, non vi sono fatti d'intossicazione generale e quindi sono in buona condizione i visceri più importanti (cuore, fegato, rene, ecc.). Le statistiche, numerosissime, provano che i risultati dell'operazione precoce sono migliori assai di quelli dell'operazione eseguita dopo una lunga attesa.

Allorchè, come nella maggior parte dei casi, le condizioni lo permettano, bisogna lasciar trascorrère l'attacco acuto prima di intervenire: il miglior momento è quello dell'intervallo fra le crisi (*a freddo*). Quando vi sia impossibilità di ottenere un totale raffreddamento conviene intervenire allorchè i sintomi acuti abbiano, più che sia possibile, ceduto.

Nei casi di idrope della cistifellea, di cistifellea da stasi o di sospetto calcolo asettico, non è conveniente attendere. L'operazione può evitare delle complicanze possibili. È indicata d'urgenza quando si sospetti la concomitanza del carcinoma e della colecistite.

8. Riguardo alla *scelta del metodo*: la colecistendisi non ha più che il valore di un'operazione storica.

La colecistostomia è sopratutto indicata come operazione di necessità per le gravi condizioni o per l'età avanzata del soggetto. In caso di colecistite ipersettica o quando sia urgentemente necessario un immediato drenaggio delle vie profon-

de, se il cistico è pervio, può rendere dei segnalati servigi. Di non minore utilità può riescire anche in caso di condizioni anatomiche locali particolarmente difficili per effetto delle infiammazioni pregresse. Non è invece raccomandabile come operazione di scelta perchè può lasciare delle fistole anche ribelli, malgrado la pervietà delle vie profonde e può essere causa di recidiva, la quale più tardi richieda un difficile intervento radicale.

La colecistectomia è l'operazione migliore perchè può rimuovere la causa della malattia. Oltre all'ectomia semplice con chiusura, affondamento e peritonizzazione del moncone del cistico, deve essere raccomandata la rimozione della cistifellea come complemento del drenaggio delle vie profonde.

La cosa più importante nell'esecuzione della colecistectomia è il trattamento del moncone del cistico. Questo deve essere sezionato il più vicino possibile allo sbocco nel coledoco, per evitare dilatazioni considerate come recidive: si cerca di affondare il moncone al disotto della sierosa, quando si può con formazione di lembi adatti. Un'attenzione speciale meritano la legatura delle arterie cistiche nelle immediate vicinanze della cistifellea e l'ispezione del letto epatico perchè non possano sfuggire dei dotti biliari accessori che devono essere legati. Per esperienza personale credo di dover raccomandare l'ectomia dal fondo verso il cistico, perchè così la vescicola stessa serve di guida ed è più facile, quando siano presenti delle aderenze infiammatorie profonde, di evitare le lesioni dei dotti nonchè quelle possibili del ramo destro dell'arteria epatica.

Riguardo alla così detta *colecistectomia ideale* deve essere limitata ai casi particolarmente adatti (idrope della cistifellea, colecistite lieve non calcolosa, ecc.) nei quali la mancanza di reazione della sierosa renda facile la peritonizzazione del moncone del cistico e del letto epatico, dopo una sicura emostasi. Nei casi comuni l'intervento è richiesto da un processo infettivo, sia pure limitato alla cistifellea, ma spesso ancora in efficienza e con presenza di calcoli; è quindi prudente di lasciare un piccolo drenaggio nella regione sottoepatica, per non chiudere in casa il nemico.

Ci sia lecito ancora una volta di insistere sull'opportunità dell'operazione precoce specialmente nei giovani e di rimuovere la cistifellea dopo i primi attacchi. Otterremo così dei risultati sempre migliori e potremo diffondere nei medici e nel pubblico la fiducia nell'intervento in queste malattie.

La colelitiasi con speciale riguardo alle infezioni della cistifellea e alle complicazioni pancreatiche.

Relazione del prof. G. MUSCATELLO.

Riassunto.

1. Il punto primo e fondamentale su cui deve convergere la discussione a sezioni riunite è la determinazione del limite tra cura medica e cura chirurgica delle malattie biliari. Per raggiungere questo scopo urge una più stretta collaborazione tra medici e chirurgi. La assistenza del medico alle operazioni è il primo requisito di una collaborazione efficace.

2. La colelitiasi, vera o apparente, è malattia di pertinenza della medicina interna: in speciali condizioni anatomiche e cliniche diventa di pertinenza della chirurgia.

3. I risultati della cura chirurgica non hanno fino ad ora raggiunto, anche in mani esperte, quell'*optimum* desiderato; questo è uno degli argomenti addotti contro la efficacia di essa. Ragione principale ne è invece la troppo tardiva richiesta dell'opera del chirurgo.

I pericoli dell'intervento crescono in progressione allarmante col ritardo; e d'altra parte i pericoli a cui sono esposti gl'infermi dalle cure mediche protratte, sono infinitamente maggiori di quelli di una operazione tempestiva.

4. Le recenti ricerche di anatomia patologica e fisiopatologia delle vie biliari, hanno modificato alquanto le nostre concezioni su questa malattia a sintomatologia varia e complessa denominata colelitiasi, la quale ha perduto l'antico valore di puro disturbo generale metabolico, per venire intesa come affezione locale con sede iniziale nella cistifellea.

I calcoli si formano nella cistifellea e per circa tre quarti dei casi sono dovuti ad infezione; per un quarto circa riconoscono un'origine metabolica. I rarissimi casi di calcolosi intraepatica, sono dovuti a stasi da ostruzione. La formazione dei calcoli ha così perduto l'antica importanza di momento predominante, di centro della patologia biliare; dappoichè essa, certamente nelle forme infettive e fors'anche nella forma metabolica, deve venir considerata come uno stadio di una malattia della cistifellea, stadio che per lo più si realizza, ma che tuttavia non è strettamente necessario.

5. Il valore della *stasi biliare*, come momento fondamentale della calcolosi, è stato rafforzato con nuove spiegazioni causali anatomiche e funzionali dalle recenti ricerche: 1) sulla struttura e topografia della cistifellea e delle vie biliari (studiate specialmente da Hendrickson, Shikinami, Berg), e in particolare sulla distribuzione e funzione della musculatura (plessiforme nel fondo e corpo della vescichetta, prevalentemente circolare nell'infundibolo e nel collo, scarsissima nei dotti), e delle ghiandole mucose (mancanti nella vescichetta, numerose nel collo e nei dotti cistico, epatico, coledoco); sulla funzione delle valvole, e sulle numerose varietà topografiche (conformazione ad S del collo e del cistico predisponente agli inginocchiamenti; diversa ampiezza dell'angolo d'unione epatico-cistico); 2) dalle ricerche fisiologiche sulla regolazione delle funzioni motorie della cistifellea e dei dotti per parte del sistema vegetativo. L'eccitazione del vago, se leggera, dà contrazione della cistifellea, apertura dello sfintere e deflusso della bile; se forte, dà spasmo dello sfintere e ostacolo al deflusso: l'eccitazione del simpatico produce atonia della vescicola, mentre lo sfintere resta chiuso, sicchè il deflusso biliare manca; la sezione del vago aumenta l'eccitabilità delle pareti della cistifellea per la mancata inibizione: la sezione dello splancnico agisce in modo analogo all'aumen-

to del tono del vago; la sezione del vago e poi dello splancnico produce insufficienza relativa dello sfintere (Westphal, 1923).

La cistifellea non è un semplice serbatoio (una cavità capace di 50 cmc. non può servire da serbatoio alla quantità giornaliera di bile di 800 a 1200 cmc.); nè può essere considerata un organo rudimentale (nonostante le recenti ricerche embriologiche di Broman, 1921). Le sue funzioni sono: *a*) il potere di concentrazione della bile per assorbimento in primo luogo dell'acqua e dei sali inorganici, e in molto minor misura dei lipoidi e degli albuminoidi e dei pigmenti; l'assorbimento avviene per via venosa e per via linfatica, così rapidamente da ridurre nelle 24 ore ad 1/3-1/4 la quantità di bile arrivata (Rous e Mc. Master, 1921); *b*) il potere di contribuire a regolare il deflusso della bile sia per mezzo di contrazioni ritmiche della parete, sia con periodiche diminuzioni del tono della sua musculatura (il vero regolatore della pressione e del deflusso è però lo sfintere di Oddi, v. Rost e Mann); *c*) che essa abbia anche la funzione di elaborare ed aggiungere alla bile un secreto importante per l'economia generale e per il potere chimico della bile, non è sicuramente provato.

La funzione dei dotti biliari è essenzialmente di conduzione della bile; minima è quella di assorbimento, grande l'attività secretiva.

Alla luce delle recenti ricerche la *stasi biliare* riconosce come causa prima la conformazione, la disposizione topografica della cistifellea e dei dotti, soggetta a numerose variazioni. A rafforzare i fattori anatomici della stasi possono concorrere: 1) cause accidentali (modificata azione dei fattori normalmente coadiuvanti il funzionamento delle vie biliari, particolarmente della cistifellea, movimenti del diaframma, pressione endoaddominale, mobilità dei visceri, ecc.); 2) una neurosi motoria ipertonica (*cistocolestasi ipertonica*); 3) una ipotonia della musculatura cistica (*cistocolestasi ipotonica*); 4) fors'anche (attende conferma) un'accresciuta secrezione di muco da eccitazione vagale (*cistocolestasi disfunzionale* [Berg]).

6. La *stasi vescicolare meccanica* (*cistocolestasi meccanica*), prodotta da anormali disposizioni anatomiche che conducono ad un inginocchiamento del collo o del cistico, può assumere caratteri anatomici e clinici particolari di entità morbosa ben definita, con manifestazione di coliche perfettamente simili alle calcolose e così violente da richiedere l'intervento di urgenza (Schmieden, 1920). L'opinione recente di Hartman (1923), che «la stasi biliare senza aggiunta dell'infezione è senza azione ancora quando accompagnata da un corpo estraneo» è negata da questi fatti.

7. L'*infezione* è il principale dei fattori che rendono *chirurgiche* le malattie della cistifellea.

Circa le *vie disinfezione*, assai meno frequente di quel che non si creda è la *via biliare ascendente*, ancor oggi invece dai pratici ritenuta come la consueta: il duodeno, spesso sterile, di rado è gravemente infetto; il regolare defluire della bile dal dotto epatico, se nessun ostacolo esiste, è il miglior drenaggio fisiologico delle vie biliari.

Più spesso l'infezione, arrivata al fegato per *via portale*, raggiunge la cistifellea ora per *via biliare discendente*, ora attraverso le ricche *vie linfatiche* tra fegato e vescicola; secondo recentissime ricerche, la trasmissione per via linfatica sarebbe la più frequente (Graham, 1921; Barber, 1922; Peterman, 1923; Moynihan).

8. L'infezione vescicolare attraverso il fegato spiega la frequenza di epatiti concomitanti alle colecistiti acute e croniche (osservate da Graham, 1918, in 26 casi su 30 biopsie operatorie).

I rapporti tra epatite e colecistite, che meritano ulteriori osservazioni, sono probabilmente reciproci: si pensi alle tumefazioni epatiche diffuse transitorie nella colecistite acuta, si pensi d'altra parte alle tumefazioni croniche (a tipo precirrotico) limitate alle zone prossime alla vescicola, nelle colecistiti croniche.

9. L'infezione che giunge al fegato col circolo portale può provenire dal tubo gastroenterico o dalla milza. La prima origine, l'ordinaria, ci spiega la frequenza della colelitiasi secondaria alla appendicite: poichè mancano dirette connessioni linfatiche e sanguigne tra i due organi, si deve ammettere che nella maggioranza dei casi l'infezione proveniente dall'appendice raggiunga la vescichetta attraverso il fegato. Lo stesso per le ulcere gastriche e duodenali.

Se la *milza* possa essere responsabile di infezioni biliari per via portale, versando di tempo in tempo nella corrente portale microorganismi e sostanze tossiche che ordinariamente trattiene, decideranno ulteriori ricerche. La massima considerazione merita però quest'opinione di Moynhan (1922) fondata, oltre che su un caso clinico, sui rapporti, che ogni giorno si riconoscono più stretti tra milza e fegato: e fondata anche sulla frequente concomitanza di colelitiasi nell'ittero emolitico e nell'anemia splenica.

10. L'infezione per via sanguigna diretta (arteria cistica) pare si abbia solo come localizzazione di un'affezione generale.

11. La colecistite non calcolosa è affezione che tanto più appare frequente quanto più frequenti si fanno gl'interventi precoci: difatti calcolata prima a circa il 15-25 %, è salita al 47 % in qualche recente statistica comprendente molte operazioni precoci (Smithies, 1920).

12. Sulla parte preponderante del fattore infezione nella *genesi dei calcoli* (particolarmente dei calcoli misti) tutti sono d'accordo. Il punto oscuro sta nella sconoscenza dei momenti fisico-chimici primordiali della litogenesi; è questo un problema di chimica colloidale di cui i pochi dati attuali non annunciano ancora prossima la soluzione.

Le colecistectomie precoci hanno permesso di studiare alcuni fatti iniziali della litogenesi nella colecistite infettiva nei primi stadi, nella cosidetta *vescichetta a fragola* (Mc. Carty). Depositi di eteri colesterinici si trovano nelle pliche della mucosa, le quali, divenute polipose, si distaccano, e come ammassi costituiti di lipoidi e di epiteli desquamanti, vengono a formare il centro di un futuro calcolo misto (Mc. Carty; Gosset, 1920; Gruner, 1922; Boyd, 1923).

Che dei calcoli per un identico processo possano formarsi senza il fattore infezione non mi sembra improbabile; basta tener presente che un reperto di depositi di lipoidi analogo a quello descritto si ha nelle vescichette da stasi (Schmieden e Rohde); e pensare da altra parte alla produzione sperimentale di colecistiti ottenute mediante iniezione endovenosa di sostanze chimiche (Mann). D'onde resta giustificata la domanda se anche nella cistocolestasi possa imputarsi ad un eventuale arrivo di sostanze tossiche flogogene lo slancio per la determinazione di processi chimici litogeni di cui vediamo la manifestazione nei depositi colesterinici.

Ad attestare l'estensione e l'azione del momento infettivo non possono aver valore probativo i reperti batteriologici, d'ordinario scarsi, delle vescichette infiammate; lo sviluppo batterico è arrestato in presenza di una quantità di bile del 70 % nel terreno di cultura (Drennan, 1922).

L'osservazione (Rosenow e Rieman) che i batteri mancanti nel liquido possono ritrovarsi nelle pareti, ci spiega le riacutizzazioni infettive periodiche delle colecistiti croniche. La cistifellea infetta resta sempre tale se per inginocchiamento o calcolo esiste un ostacolo al deflusso della bile.

13. Esorbita dalla competenza del chirurgo trattare del terzo fattore della colelitiasi; l'alterazione del ricambio sotto forma di aumento del contenuto colesterinico della bile e diminuzione delle sostanze dissolventi. Mi basta accennare ai calcoli di colesterina pura, ordinariamente solitari, che si formano in cistifellee di aspetto normale. La loro genesi è oscura. Se e in quanto vi possa contribuire una stasi leggera e duratura; se e in quanto leggere e passeggere intossicazioni; se e in quanto pregresse leggere infezioni scomparse senza traccia (Naunyn) sono problemi dell'avvenire.

14. Le lesioni anatomiche della cistifellea infiammata, particolarmente se calcolosa, sono tali che «essa si può considerare un organo in tutto o in gran parte privato della sua funzione» (Aschoff).

Restano limitate o annullate le funzioni assorbente ed espulsiva del fondo e del corpo, e la funzione regolatrice del collo. E poichè queste cistifellee inutili possono essere la sorgente delle più gravi complicazioni, l'unica cura razionale ne è l'asportazione.

15. Anche nella *stasi vescicolare* da inginocchiamento (la cistocolestasi meccanica) dipendente essenzialmente da disposizioni anatomiche irriducibili, è illusorio attendere la guarigione spontanea. Essa richiede l'intervento radicale (ectomia), ora di urgenza durante l'attacco, ora per misura profilattica nell'intervallo.

16. La guarigione spontanea della colecistite anche nei primi stadi, è per lo più difficile. Lo dimostrano le alterazioni anatomiche riscontrate nella cistifellea a fragola, organo che ha già perduto la funzione e si è trasformata in una fabbrica di pietre.

17. *Nell'epatite* complicante la colecistite acuta, subacuta o cronica, specialmente se febbrile, non si deve rimandare l'intervento chirurgico; l'esperienza ha dimostrato che la cura più rapida e sicura si ottiene mediante il drenaggio delle vie biliari.

18. *Lesioni del pancreas* acute o croniche, sogliono accompagnare le infezioni della vescichetta o dei dotti, con una frequenza maggiore di quanto prima non si credesse.

Più spesso incontriamo la *pancreatite cronica.* L'infezione vi arriva per lo più per via linfatica (linfangite pancreatica) per i rapporti dei linfatici del fegato e della cistifellea col gruppo di ghiandole pancreatico-duodenale.

La lesione infiammatoria è interlobulare, si suol limitare alla testa (pancreatico cefalica), dove si inizia nel triangolo di Desjardins (a torto ritenuto il posto di origine delle infezioni canalicolari); le isole di Langherans non sono per lo più coinvolte nel processo. È raro che la pancreatite cronica si complichi con necrosi adiposa (Calzavara).

La pancreatite cronica se non è in istato avanzato, guarisce facilmente mediante l'intervento chirurgico sulle vie biliari (stomia o ectomia e drenaggio); se è antica ed è già passata in sclerosi, può anche essere influenzata favorevolmente dall'operazione, certo meno efficacemente che nell'altro caso.

Pancreatiti cefaliche croniche da infezione di altra provenienza possono propagare l'infezione alla cistifellea ed al coledoco, ora per trasporto linfatico retrogrado, ora per compressione del dotto. L'origine più comune di queste pancreatiti è l'appendicite; i casi clinici di questo genere sono adesso più chiaramente spiegati dalla recente scoperta di una via linfatica diretta che dall'appendice, a traverso le ghiandole mesenteriche superiori, va a quelle del gruppo pancreatico-duodenale (Braithwaite, 1923).

Di rado l'infezione per via canalicolare è causa di pancreatite cronica; si tratta, quando ciò avviene, non di forma circoscritta cefalica, ma di forma più o meno diffusa; l'affezione suole essere interacinosa, e coinvolge spesso le isole di Langherans (le rare osservazioni di concomitante glicosuria).

La infezione per via canalicolare suol produrre invece affezioni acute, pancreatiti emorragiche (necrosi acute emorragiche), del pancreas che spesso sono consecutive a colecistite e colangite acuta. Il flusso della bile infetta, deviando, penetra nel dotto pancreatico. Ma perchè ciò si avveri è necessario: 1) che il dotto pancreatico sbocchi direttamente nel coledoco (come si riscontra nel 20 % degli individui (Man e Giordano, 1923); 2) che esista un ostacolo allo sbocco del coledoco (calcolo); è dubbio se l'ostacolo possa essere anche dato da spasmo.

La trasmissione degli agenti infettivi può avvenire per via linfatica anche in queste forme acute di affezione pancreatica, che dagli interventi operativi precoci si vanno appalesando come una complicazione relativamente frequente delle infezioni biliari. Si sono in questo modo potute osservare le alterazioni nei primi stadi dell'affezione, che alla biopsia (Zoeppel, 1922) si presenta come edema infiammatorio acuto dal pancreas senza an-

cora evidenti alterazioni degli elementi glandolari.

In questi casi di necrosi acuta pancreatica, a sintomatologia non chiara, che vengono ordinariamente scambiati per ileo acuto, peritoniti perforative, ecc., solo l'intervento precoce può dare speranza di guarigione. Non si ritardi quindi la operazione ogni volta che in un litisiaco l'attacco si manifesti con dolore insopportabile e senza tregua al centro dell'epigastrio, con diffusione a sinistra, con resistenza epigastrica trasversale e fortemente dolorosa alla pressione, e difesa muscolare; inlugiarsi a voler precisare la diagnosi è perdere un tempo prezioso.

19. L'anatomia e la fisiologia patologica sono la più sicura guida per apprezzare nel suo giusto valore la entità del processo patologico nelle affezioni biliari. La sintomatologia clinica è purtroppo assai incerta, e i dati che ci fornisce attendibili qualche volta, sono più spesso dubbi.

Mancano ancora metodi diagnostici sicuri. Forse per cura più di tutto conta l'accurata anamnesi. Si illude per lo più chi crede di palpare i calcoli nella vescichetta; tranne il caso di calcoli numerosi e di estrema magrezza, ciò che si palpa sono ordinariamente nodi di epiploite pericistica. In generale soltanto i calcoli di colesterina pura in cistifellea sterile (che rappresentano circa 1/4 di tutti i calcoli) possono essere latenti, fino a quando non diventano ostruenti e non scoppi la colica. In questo caso la colica è d'ordinario breve e caratterizzata da dolore atroce, brusco inizio e brusca remissione, regione cistica sensibile, assenza di febbre; nell'intervallo assoluto benessere. Essa però non è speciale per la calcolosi non infetta; è soltanto la manifestazione dell'occlusione acuta del cistico e conseguente stasi vescicolare meccanica acuta. Con gli identici caratteri difatti essa si mostra nella stasi vescicolare da inginocchiamento acuto del cistico senza calcolo.

Tutti gli altri calcoli dovuti ad infezione cominciano a dare sintomi dispeptici, di regola lievi, già molto tempo prima della colica, e continuano a darli negl'intervalli. La colica è meno atroce, si inizia meno bruscamente e si risolve lentamente; sintomi questi che già debbono da soli far pensare all'infezione della cistifellea. La febbre che accompagna la colica è segno certo di infezione; è pericoloso per l'ammalato quando il medico si culla nell'idea di febbre nervosa.

Il sondaggio duodenale non ha dato finora i sicuri risultati promessi e con fiducia attesi. Qualche valore ha la ricerca della bilirubina.

La radiografia come mezzo diagnostico diretto per la scoperta dei calcoli ha valore assai limitato: calcoli misti e contenenti calce possono venire dimostrati; ad ogni modo una cistifellea grossa, ben evidente alla radiografia è certamente malata. Ha un valore maggiore come mezzo indiretto nello studio della motilità gastrica, di aderenze, di eventuali stenosi, di spostamenti di organi, ecc., che si accompagnano alle affezioni biliari croniche.

Le prove funzionali del fegato, attualmente assai limitate, non ci possono fornire tutti quei dati che sarebbero di capitale interesse per la indicazione e la prognosi operatoria; quante dolorose sorprese ci eviterebbe la preventiva esatta conoscenza dello stato di funzionalità e di resistenza epatica!

20. Sulla cosidetta «innocenza» dei calcoli è bene non contare. Bisogna convenire con W. Mayo che «non i calcoli, ma noi come diagnostici siamo innocenti».

Si deve ammettere la possibilità di una colica da spasmo dello sfintere del coledoco (la colica nervosa di Frerichs), ma si deve essere molto cauti prima di farne la diagnosi: si deve sempre pensare alle disposizioni anatomiche predisponenti innanzi accennate, esistendo le quali basta un leggero spasmo per produrre imponenti fenomeni di stasi acuta.

21. La *cura medica* può dare notevoli miglioramenti e qualche caso di guarigione nelle forme iniziali di colecistite infettiva non calcolosa. Nella colecistite cronica calcolosa (anche nella forma catarrale) la guarigione spontanea si lasica inutilmente aspettare. Nessun rimedio scioglie i calcoli: se li frantuma, li moltiplica. L'emissione di piccoli calcoli per le vie naturali ha poco valore data la multiplicità di essi; la emissione di grossi, per pèrforazione di un punto della parete intestinale è pericolosa (ileo biliare).

22. I casi inveterati, se anche condotti avanti per lunghi anni in istato di relativa latenza mercè cure mediche, possono ogni momento dare inattese complicazioni, tanto più gravi quanto più avanzata è la età del paziente. Quanti medici che in perfetta conoscenza di avere interamente guarito i loro clienti li hanno seguiti durante venti anni?

All'angiocolite acuta diffusa, all'atrofia acuta del fegato, alla peritonite da perforazione, all'ascesso, all'ostruzione acuta del coledoco, alla pancreatite acuta, all'ileo biliare dovrebbero pensare sempre con terrore quei medici pratici che pei loro malati credono innocente la lunga attesa. Queste complicazioni sono più frequenti che in generale non si tenda ad ammettere: qualche volta per i loro sintomi tumultuari e per la rapida fine del paziente non sono diagnosticate dal medico curante: ma spesso sono visti dal chirurgo in *estremis*.

Anche prescindendo dalle complicazioni acute, restano sempre due complicazioni, che pur svolgendosi lentamente, sono assai gravi: una è la pancreatite cefalica cronica cirrotica con ittero da compressione, l'altra, spesso da questa dipendente, è la dilatazione idropica diffusa delle vie biliari (bile bianca); in quest'ultima neanche la operazione suol riuscire a salvare l'infermo.

E finalmente il *carcinoma* della cistifellea che si accompagna con estrema frequenza ai calcoli. La antica idea che esso fosse conseguente della litiasi fu messa in forse da Aschoff, il quale non potè persuadersi che nella maggioranza dei suoi nove casi la calcolosi fosse primitiva. Di opinione contraria sono la massima parte dei chirurghi e degli anatomopatologi, tra i quali Marchand che lo scorso anno ha recisamente indicato il carcinoma della cistifellea come il più chiaro esempio nell'uomo di un neoplasma da irritazione.

23. La applicazione pratica dei nuovi concetti nella patologia biliare, l'incerta efficacia delle cure mediche circa la guarigione, radicale, e la preoccupazione del sempre minacciante pericolo di complicazioni, hanno promesso in questi ultimi anni una forte corrente verso l'intervento chirurgico precoce. L'asportazione dei calcoli, prima che migrino, insieme alla cistifellea ammalata in un momento in cui la infezione è circoscritta e ancor lieve, mancano alterazioni di organi vicini, e lo stato generale dell'infermo è ancor valido, è operazione di poca gravità; se oculata è la scelta del momento dell'intervento (intervallo libero), la percentuale di insuccessi è minima.

24. Ma è necessario intendersi sul concetto di intervento precoce; e prima ancora è necessario intendersi sull'entità della chirurgia biliare. La quale non è chirurgica giornaliera; è chirurgia piena di sorprese e di pericoli, che richiede nell'operatore esperienza e intero possesso della tecnica più precisa e delicata.

L'interventismo assoluto ad oltranza in qualsiasi caso di calcolosi e in qualunque momento, sul semplice sospetto, non deve essere seguito; i casi lievi, non rari e modici disturbi, non devono essere esposti al rischio, per quanto minimo, di un intervento operativo.

25. *L'intervento precoce deve essere relativo*, deve essere cioè compiuto possibilmente nell'intervallo libero, in un periodo della malattia non discosto dalle prime manifestazioni sintomatiche, quando queste non si mostrano favorevolmente influenzate da una cura medica non potratta a lungo. Se non si manifestano condizioni prementi all'urgenza, io son solito limitare la cura medica a 3 o 4 mesi. L'indicazione si dovrà individualizzare caso per caso; mai però si persista nella cura medica se il malato comincia a dimagrare, a diventare irrequieto ed insonne, o a ricorrere alla morfina.

Circa il momento dell'intervento mi sembra opportuno il seguente schema, che credo rispecchi anche l'indirizzo della maggioranza dei chirurgi obbiettivi. Naturalmente all'atto pratico esso può subire modificazioni.

L'operazione è indicata:

A) Nelle forme asettiche:

Nei malati con coliche recidivanti da occlusione acuta del cistico, dovuta ad inginocchiamento (causa anatomica irriducibile) o ad ostruzione da calcolo (di regola unico, colesterinico), l'operazione praticata durante l'attacco, o meglio nello intervallo è innocente, e la mortalità quasi nulla. Il temporeggiare in questi casi espone a complicazioni infettive che aggravano la prognosi operatoria.

B) Nelle forme infette:

a) sulla necessità assoluta dell'operazione immediata per *indicazione vitale* nella colecistite acuta settica, nell'empiema acuto della cistifellea, nella colangite acuta, nell'ascesso, nella peritonite da perforazione, nell'ileo, non c'è discussione: medici e chirurgi sono d'accordo. Ma l'*urgenza* deve essere veramente assoluta; chè altrimenti la prognosi, già assai riservata, rapidamente si oscura;

b) nella colecistite acuta senza fenomeni tumultuari, in ispecie se osservata in periodo di risoluzione, si attenda che questa si compia, e si operi poi nell'intervallo.

Nella colecistite cronica, con attacchi anche non gravi, ma frequenti, e con risentimento sullo stato generale, l'operazione è anche necessaria.

Però in questi due casi l'operazione nei giovani al disotto dei 45 anni si dovrà eseguire appena possibile, invece ai malati di età più avanzata sarà prudente consigliare prima la cura medica, e si opererà solo se questa dopo 3-4 mesi non avrà dato risultato. La cifra della mortalità si aggrava notevolmente nell'età avanzata;

c) nell'idrope della cistifellea si deve consigliare l'operazione per misura profilattica (possibilità di perforazione o suppurazione). In questa forma a qualunque età la prognosi operatoria è ottima.

C) *L'occlusione calcolosa del coledoco*, già di per sè stessa di prognosi grave, dà fino ad ora i peggiori risultati operatorii. Bisogna procedere anche qui verso gl'interventi precoci per prevenire le gravi ripercussioni sul fegato.

Nell'occlusione acuta febbrile si operi perciò subito o si attenda non più di qualche giorno; la prognosi si va aggravando progressivamente di giorno in giorno, particolarmente se c'è febbre alta.

Nell'occlusione cronica non si attenda più di 15 a 20 giorni; le forze decadono rapidamente. Non è prudente contare sulla eliminazione spontanea dei calcoli; soli i piccoli; fino ad un fagiuolo, possono passare per la papilla; nel passaggio dei grossi c'è il pericolo di perforazione e il pericolo dell'ileo; senza dire che l'occlusione può anche essere data da ascaridi.

D) Le angiocoliti e le epatiti complicanti la colecistite debbono far affrettare l'intervento, che sarà tanto più opportuno quanto più sarà precoce. A seconda delle condizioni generali e locali si praticherà la colecistostomia e la coledocotomia e drenaggio.

E) Nella necrosi acuta emorragica del pancreas si praticherà l'intervento d'urgenza (incisione e drenaggio). Se accompagnata a colecistite acuta, la colecistostomia.

Nella pancreatite cronica cefalica, a seconda delle condizioni della cistifellea, si praticherà la colecistostomia e la ectomia e la coledocotomia e drenaggio. Nella forma cirrotica, se la papilla non è sormontabile, si farà un'anastomosi che sarà o la coledocoduodenostomia (se lo permette lo stato delle pareti del coledoco spesso infiltrate), ovvero la colecistogastrostomia.

F) Nel caso, assai frequente, di concomitante *appendicite* (colecistoappendicite), l'indicazione ad un intervento precoce è perentoria qualunque sia la forma della colecistite e della litiasi, cioè anche nello stato di latenza.

26. Alla cura operativa si è rimproverato:

a) la mortalità relativamente alta in confronto alla frequenza delle guarigioni spontanee (sta-

ti di latenza); *b*) le recidive; *c*) l'achilia; *d*) le ernie.

La mortalità postoperatoria dipende in massima parte dal ritardato intervento. Se, come qualche internista tuttora sostiene, si restringe l'intervento alle colecistiti ulcerose, alle colecistiti croniche calcolose sclerotiche estesamente aderenti, ed all'occlusione cronica del coledoco non risolutasi spontaneamente dopo mesi, i risultati operativi non possono essere che disastrosi.

Ma si domanda: chi riduce i malati in queste condizioni prima di affidarli al chirurgo? Perchè non affidarglieli in un momento propizio, nell'intervallo libero, in condizioni generali e locali assai migliori, senza attender fino a quando l'organismo non sia profondamente minato dalla lunga durata dell'infezione? Perchè attendere degli anni per far poi operare d'urgenza gl'infermi, dopo mille sofferenze, in età più avanzata, quando più grandi assai sono i pericoli dell'operazione (raddoppiati dai 45 ai 60 anni, e triplicati oltre i 60)?

La stessa obbiezione della mortalità in contrapposto alle guarigioni spontanee fu già messa avanti e sostenuta calorosamente ai tempi delle discussioni sulla cura chirurgica dell'appendicite: il tempo e l'esperienza ne han fatto ragione. *Mutatis mutandis* — non si possono senz'altro sopraporre le due affezioni — attraversiamo attualmente per le malattie biliari un periodo simile a quello oramai sorpassato.

Le cause di morte più frequenti, cioè: la peritonite (da versamento di bile infetta), la polmonite (d'origine embolica infettiva), l'epatargia, sono dovute alla infezione di lunga durata. Gravissima ed irrimediabile complicazione, l'epatargia, è l'espressione dell'esaurimento della funzionalità epatica, a causa della lunga intossicazione.

27. Trascurando qualche rarissimo caso di vera riproduzione di calcoli, tutte le cosidette *recidive* (o meglio *pseudorecidive*) sono anch'esse conseguenza del ritardo frapposto all'intervento. Qualche calcolo si può ritrovare nei dotti solo perchè, nella mora delle lunghe cure interne, aveva avuto il tempo di migrare; e si sa come piccole concrezioni possano sfuggire alla ricerca del chirurgo. Le *aderenze* sono dovute ordinariamente a riformazione di aderenze antiche preesistenti all'operazione; mancano dopo le operazioni precoci. La *riacutizzazione* della colangite non potrebbe avvenire se l'infezione già prima dell'operazione, non avesse, nell'attesa, avuto il tempo di diffondersi ai canali intraepatici. Nello stesso modo si spiega la persistenza della *pancreatite cronica*. E finalmente la *transitoria ricomparsa di coliche* in alcuni casi si deve attribuire a spasmo riflesso dello sfintere del coledoco eccitato dalla infezione persistente nei dotti.

28. In quanto all'achilia, già imputata a carico della colecistectomia, è stato oramai riconosciuto che essa suole esistere già prima dell'operazione nelle affezioni croniche della vescicola. D'ordinario però i pazienti non accusano notevoli sofferenze.

29. Se *l'ernia* postoperatoria costituiva un inconveniente frequente una diecina di anni fa, nel periodo di sviluppo della chirurgia biliare, a causa dei larghi tamponamenti allora usati, adesso, mercè le incisioni paramediane transrettali, il perfezionamento della tecnica e l'abolizione o riduzione del drenaggio, essa si può dire interamente evitata. Ma anche qui è da notare che allora il chirurgo è costretto a curare la ferita col tamponamento e col drenaggio quando si tratta di infermi con complicazioni.

Così resta dimostrato che le cause prime degli insuccessi della cura chirurgica sono le alterazioni locali e generali prodotte dall'infezione nei malati affidati al chirurgo in un periodo avanzato della malattia. Hinz difatti ha trovato che le pseudorecidive si hanno: nelle operazioni per colecistiti acute nel 5 %, in quelle per colecistiti croniche nel 24 %, in quelle per infiammazione del coledoco nel 25 %. Quanta differenza tra gl'inconvenienti delle operazioni tardive in confronto a quelli delle precoci!

30. Riassumendo: l'anatomia patologica e la fisiopatologia delle affezioni biliari ci prospettano come unica cura razionale l'intervento chirurgico precoce sulla cistifellea. Confermano l'efficacia di questo intervento precoce i risultati immediati e definitivi, assai migliori di quelli degl'interventi tardivi: la mortalità è minima; le complicazioni pre- e postoperatorie sono evitate; l'eventualità di disturbi consecutivi (pseudorecidive) è assai ridotta.

Ma anche adesso, nonostante le difficoltà e le resistenze tra cui avanza la chirurgia biliare, in due terzi degli operati (di cui pur molti tardivamente), si ottiene la guarigione assoluta; nell'altro terzo di operati (per lo più casi complicati) i disturbi residuali (pseudorecidive), sono ordinariamente transitori, e assai di rado richiedono ulteriore intervento (asportazione di calcoli rimasti, distacco di aderenze, ecc.).

31. *Sulla tecnica:*

Accurata preparazione preoperatoria: precisa individualizzazione del malato con gli esami funzionali opportuni; prevenire le emorragie negli itterici, principalmente col cloruro di calcio (iniezione endovenosa di 5 cmc. di soluzione al 10 % nei tre giorni precedenti l'operazione); sopperire alla disidratazione (proctoclisi glucosate); alimentazione vegetale, ecc.

Anestesia locale novocaino-adrenalinica della parete addominale e narcosi eterea. Manovre operatorie delicate.

Incisione paramediana transrettale leggermente obliqua verso la xifoide. Negl'interventi a freddo: ispezione ed asportazione dell'appendice; dopo chiusura parziale dell'angolo inferiore della ferita addominale, ispezione dello stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari; infiltrazione anestesica del legamento epatoduodenale.

Colecistendisi: indicata in qualche raro caso di calcolo colesterinico asettico silenzioso, scoperto durante interventi su organi vicini.

Colecistostomia: limitata agl'interventi di urgenza in casi sfavorevoli, spesso come primo tempo; a qualche caso di pancreatite con cistifellea non calcolosa e in buone condizioni; e a qualche

caso resistente di colangite non calcolosa (colangia di Naunyn), in cui non è possibile praticare l'ectomia.

Colecistomia: metodo normale. Perchè dia guarigione rapida e radicale deve essere precoce, in un periodo in cui l'infezione è ancora localizzata alla cistifellea.

Coledocotomia: nell'occlusione acuta o cronica del coledoco, intervento precoce. Se si accompagna ittero, specialmente se febbrile, operazione in due tempi. Nel primo tempo, cistostomia, estrazione dei calcoli della vescichetta e drenaggio; se la vescichetta è sclerotica, coledocotomia e drenaggio. In secondo tempo ectomia ed asportazione dei calcoli dai dotti.

32. È superfluo l'indugio in particolari di tecnica; mi limito ad accennare ad alcune quistioni del momento:

a) *chiusura primaria della ferita dopo ectomia o coledocotomia.* Già da anni da tutti i chirurgi eseguita in casi adatti, la chiusura primaria deve essere applicata con oculatezza e prudenza. È indicata quando l'affezione è limitata alla cistifellea, mentre sono liberi di calcoli e di infezioni il coledoco e l'epatico; meglio se il cistico è chiuso. Nei casi che hanno un recente passato di febbre o di ittero, è pericolosa. È controindicata nelle infiammazioni pericistiche o epatiche e in tutti i casi di coledocotomia. Nel più piccolo dubbio si dreni. Nei casi non complicati basterà un solo tubo di gomma, con sutura completa della ferita fino al drenaggio.

Il rimprovero fatto al drenaggio di provocare adesioni è insussistente. Da varie parti invece si lamentano già inconvenienti di adesioni dopo chiusura primaria. Io ho dovuto riaprire due sole volte dopo più di un anno dall'ectomia per disturbi da adesioni; e si trattava proprio di casi con chiusura primaria, in cui il decorso postoperativo era stato ideale, apirettico. Statistiche di centinaia di casi consecutivi di chiusura primaria possono avere soltanto quei chirurgi che possono largamente praticare le operazioni precosi;

b) *drenaggio dell'epatico.* È viva la tendenza a voler ridurlo al minimo o ad abolirlo. Gli inconvenienti lamentati da alcuni mi sembrano esagerati; io sono d'accordo sulla condanna del tubo a T, che dopo due sole prove non ho mai più usato. Il tubo semplice bene applicato, circondato da due sottili striscie di garza, senza i grandi tamponamenti di Kehr, non dà luogo ad alcun inconveniente, e dà la miglior sicurezza. Non so quante delle lamentate stenosi e degli inginocciamenti dei dotti siano invece da riferirsi nonchè al drenaggio, a chi l'ha applicato.

La *coledocoduodenostomia* è certamente intervento elegante e razionale; la sua riuscita dipende strettamente dallo stato delle pareti del coledoco e dallo stato di infezione della regione. Per dare un giudizio di questo drenaggio naturale in sostituzione del drenaggio di Kehr, bisognerà attender qualche tempo.

È stato già avanzato il dubbio di possibili infezioni biliari ascendenti per mancanza di uno sfintere.

La *coledocotomia transduodenale,* come drenaggio naturale, sostenuta da Lorenz, ha l'inconveniente dell'apertura del canale intestinale.

Wanzel ha fatto seguire alla coledocotomia sopraduodenale lo sfiancamento dello sfintere del coledoco allo scopo di renderlo atonico e lasciare libero deflusso al secreto dei dotti; e nei casi con coledoco ampio contenente sabbia biliare ha fatto l'intubazione col drenaggio libero coledocoduodenale. Se il tubo di gomma non dia gli stessi inconvenienti che dà nella plastica di Wilms, dirà l'avvenire. Fino ad ora però il drenaggio dell'epatico non è stato detronizzato da questi procedimenti.

Seduta pomeridiana del 25 ottobre 1923.

Presidenza: Prof. ALESSANDRI.

Discussione delle relazioni.

DONATI. — Dice che oggi non esiste un disaccordo sostanziale fra medici e chirurgi sulle indicazioni operatorie.

Si pone il problema: dove originano i calcoli biliari? Più spesso nella cistifellea. Ma talora anche nei dotti intraepatici, specie per i calcoli composti di pigmento. Certe recidive dopo colecistetomia si spiegano così.

La stasi biliare nella cistifellea in verità non si ha, perchè la bile nella cistifellea, se vi rimane, subisce profonde modificazioni; onde meglio è parlare di stasi nella cistifellea. Ha avuto buoni risultati col sondaggio duodenale con la tecnica di Lyon.

Ha fatto prove funzionali col glucosio.

In qualche caso in cui si supponeva trattarsi di calcolosi si sono trovate aderenze pericolicistiche. L'esame radiologico ha grande importanza non fosse altro che per diagnosi differenziale con lesioni gastriche e duodenali.

Non eccezionale è la coesistenza con ulcere duodenali.

Non crede che le colecistiti e le pericolecistiti possano regredire spontaneamente. Egli crede si debba operare quando la malattia è raffreddata e non esistono controindicazioni di ordine generale.

MORELLI. — Si dichiara anzitutto interventista assoluto, affermando di non essersi mai pentito di avere consigliato l'intervento in casi di calcolosi epatica.

Si rivolge ai chirurgi domandando loro dati statistici. Circa l'osservazione di Schupfer relativa allo studio dei fermenti proteolitici nelle feci. Cita alcune esperienze personali compiute in cani sprancreatizzati nelle feci dei quali trovò ugualmente fermenti proteolitici.

Al CROSTI domanda maggiori delucidazioni sul metodo e sui risultati ottenuti nell'impiego delle Stomosine.

QUEIROLO afferma che la presenza del calcolo non costituisce da sola indicazione per l'intervento, mentre rappresentano elementi sufficienti per attuare una cura chirurgica le complicazioni sia d'ordine meccanico che infettivo o dolorifico.

Circa il momento dell'intervento specialmente nelle occlusioni acute con infezione o nelle occlusioni croniche non si possono stabilire termini assoluti di tempo; questi debbono essere indicati dalle condizioni dell'ammalato le quali, secondo i casi, possono richiedere l'intervento urgente o consentire una prudente e vigile attesa. In base all'esperienza clinica osserva come non sempre l'intervento guarisca definitivamente il malato.

CHIASSERINI. — Il sondaggio duodenale con lo scopo di esaminare le varie qualità di bile non sempre riesce.

Utile potrebbe essere il sondaggio duodenale con immissione di solfato di magnesio, come drenaggio interno postoperativo. Come complicazione non frequente, ma gravissima, va ricordata la insorgenza di un epitelioma della cistifellea. Un caso ne ha recentemente osservato e operato. (Dimostrazione di un pezzo anatomico: lobo di Riedel resecato insieme con la cistifellea cancerosa).

MARASSINI osserva come nessuna delle cause invocate per spiegare la formazione dei calcoli è da sola sufficiente. Distingue due gruppi di cause: estrinseche ed intrinseche e ritiene che fra tutti i vari elementi invocati abbiano maggior valore i fattori costituzionali mentre gli altri rappresenterebbero soltanto cause d'ordine occasionale.

DE NUNNO riferisce risultati di esperienze compiute sui cani operati di fistola biliare alla Paulow studiando la secrezione biliare in rapporto a stimoli fisici e chimici. Fra questi ultimi ha sperimentato con il solfato di magnesio ottenendo risultati discordi da quelli di altri autori verificando con esso emissione minima di bile.

ASCOLI MAURIZIO. — Si sofferma sulle difficoltà diagnostiche accennate dai relatori ed insiste sull'importanza del dolore inspiratorio nel punto cistico e sull'esistenza di un punto doloroso posteriore.

Fa rilevare l'importanza dell'esistenza di forme di angiocoliti, angiocolicistiti puramente febbrili senza particolari punti dolorosi molto frequentemente scambiate per altre forme morbose. Circa l'intervento insiste sull'impossibilità di dare limiti stabiliti di tempo, ma sulla opportunità di trarre indicazioni particolari dal singolo caso.

ARENA. — Si sofferma sulle difficoltà diagnostica già rilevata dai relatori e vari oratori. Richiama l'attenzione sull'importanza dell'esame del succo gastrico sul rilievo dell'urobilinuria, sulla ricerca dei cristalli di colesterina nelle feci.

BAIOCCHI. — Ricorda dei casi di calcolosi intraepatica da lui curati, ciò a conferma di che è stato detto da Donati. In più casi ha operato colecistiti non calcolose. È in favore delle operazioni precoci.

GIUFFRÈ osserva che circa l'intervento non si potrà mai avere accordo completo sino a che si cercheranno di stabilire limiti particolari di tempo. Ciò è peraltro quasi impossibile non potendosi stabilire il più delle volte quando sia cominciata una calcolosi e spesso anche quando abbia avuto inizio una delle complicazioni. Riporta casi di osservazione personale e insiste sulla necessità di utilizzare tutti i metodi di esame funzionale per giungere a criteri diagnostici esatti e per giudicare sulla opportunità o meno dell'intervento.

SABATINI G. — Fa osservare come il problema della calcolosi biliare dovendo essere trattato dalle due Società riunite, deve essere limitato nelle zone di confine fra medicina e chirurgia. Questa linea di confine è costituita da 3 ordini:

1) il campo della patogenesi;
2) il campo della diagnosi;
3) il campo della terapia.

Per i primi due campi è indiscutibile che la collaborazione fra medici e chirurgi è utilissima e preziosa. I risultati, che essa ha dato e darà saranno verità acquisite, valevoli ed utili sia per la medicina, sia per la chirurgia. In questi due campi il progresso recente è stato precisamente effetto della collaborazione medico-chirurgica. Quante cose ci hanno permesso di osservare i chirurgi, facendoci vedere, in vivo, l'anatomia patologica dei malati, che il clinico ha studiato?

Dove può sorgere la divergenza, dove (come ha giustamente notato M. Ascoli, rievocando il lavoro comune fatto per l'appendicite e l'ulcera gastrica e duodenale) occorre mettersi d'accordo e tracciare la via e il campo della cura.

E qui bisogna distinguere: *il calcolo biliare non è tutta la calcolosi biliare.*

Nell'oscurità patogenetica attuale, noi dobbiamo servirci della clinica.

L'O. mette in guardia dalle statistiche, che sono addirittura antitetiche a seconda del materiale su cui vengono fatte; di clinica o di clientela privata, di ospedale o di ambulatorio, di reparto di medicina o di chirurgia, di clienti di cure idropiniche o di malati di casa di cura chirurgiche. Or bene la clinica insegna, che i malati di calcolosi biliare restano degli individui, i quali hanno una speciale tendenza a fabbricare i calcoli (e spesso non solo nelle vie biliari, ma contemporaneamente anche nei reni).

È questa speciale condizione morbosa, che noi dobbiamo prendere di mira nella cura. Quante volte infatti non si è visto che un calcoloso, cui era stata estirpata la cistifellea calcolosa — e l'operazione era stata accompagnata da diligente esplorazione delle vie biliari, eseguita da chirurgi di valore indiscusso — hanno poi presentato recidive calcolose con formazione di altri numerosi e grossi calcoli nel coledoco e qualche volta nel moncone stesso del cistico reciso?

Il calcolo è ad ogni modo la espressione più clinicamente tangibile della calcolosi ed è quella, che noi dobbiamo curare, da un punto di vista medico o chirurgico. Quest'ultimo è contingente; esso è subordinato allo stabilirsi di condizioni, per cui l'intervento chirurgico diventa indiscutibilmente e logicamente necessario.

In parte queste condizioni sono da tutti riconosciute; l'O. non si addentra nel discuterle. Egli crede ad ogni modo che possano così riassumersi: 1) occlusione meccanica cronica delle vie biliari; 2) infezione grave o recidivante delle vie biliari;

3) dolore permanente o ripetutamente riproducentesi (coliche); 4) netta predisposizione ereditaria cancerosa; 5) condizioni sociali del paziente, che gli impediscano le cure mediche lunghe, spesso costose e sempre limitanti la attività personale.

L'O. richiama l'attenzione sul fatto egualmente indiscutibile che i malati debbano essere sorvegliati e consegnati al chirurgo in tempo utile, prima che l'infezione, che i fenomeni di ritenzione biliare cronica, o le sofferenze ne abbiano limitata la capacità di sopportare l'intervento operativo. Ma di fronte all'affermazione che ogni calcoloso biliare è soggetto chirurgico, l'O. prega il Congresso di considerare tutte le migliaia di individui calcolosi, che sono stati clinicamente accertati e che vivono in buone condizioni, curandosi più o meno bene. Di fronte a questi, quanti sono gli operati? e di questi quanti non recidivano e vengono poi rimandati al medico?

Del resto la esperienza clinica ed anatomo-patologica insegnano che la mortalità, per i ben noti incidenti acuti che possono intervenire nel corso di una calcolosi non operata, non è percentualmente superiore alla mortalità operatoria, che i chirurgi dànno per l'intervento nella calcolosi biliare. Punto questo da prendersi nella dovuta considerazione, per giudicare del rischio o del danno nei pazienti nell'uno o nell'altro tipo di cura, allo stato attuale delle nostre risorse mediche e chirurgiche, e consigliare agli infermi la via da seguire.

Comolli. — Ha tentato il tubaggio duodenale in 13 casi, ottenendone buoni dati diagnostici in casi di lesioni delle vie biliari.

Collica. — Sostiene che bisogna dare importanza al fattore ereditario nella genesi della calcolosi epatica.

Parlavecchio. — Crede che la calcolosi, anche di per sè, può costituire una indicazione all'intervento; perchè le complicazioni non possono essere prevedute.

Per ciò che riguarda la cura: nei casi di calcolosi asettica con pareti cistiche in buone condizioni, crede si possa fare la colecistostomia.

Cascino. — Cita un caso di sarcoma della cistifellea. La diagnosi fu fatta su frammenti estratti dopo colecistostomia.

Bolaffi. — Si è occupato del dosaggio della colesterina del sangue ed ha osservato come abbiano importanza soltanto i valori estremi, quelli bassi per negare una calcolosi, quelli molto elevati per ammetterla. Osserva che in forme di gastro-enterite con risentimento epatico ha trovato valori elevati, mentre ha con maggiore frequenza ottenuto valori bassi in malati appartenenti alle classi povere.

Pascale. — La calcolosi asettica dipende probabilmente da disturbi della cellula epatica; quella settica dalla infezione delle vie biliari.

Nella calcolosi asettica l'intervento è indicato solo quando il calcolo dà disturbi; nella calcolosi settica intervenire sempre, con la colecistectomia in uno o due tempi.

Nella categoria dei malati con discrasia biliare intervenire con la colecistostomia.

Cappelli. — Ha studiato i linfatici delle vie biliari e i rapporti con i linfatici della testa del pancreas. In casi di infiammazione della testa del pancreas ha fatto il drenaggio dell'epatico con successo.

Gamberini. — Riferisce i risultati della sua esperienza di chirurgia delle vie biliari

Romiti. — In base a tre casi di osservazione personale di idrope dell'intero sistema biliare conseguente ad occlusione completa del coledoco per neoplasia pancreatica ritiene di poter concludere che il liquido idropico contenuto nell'albero biliare è principalmente la risultante dell'alterata funzione della cellula epatica. Questa reagisce all'aumento progressivo della tensione nei dotti secernendo bile sempre più povera di pigmento e di altri costituenti normali.

Schupfer. — Rivolgendosi ai varî Oratori che hanno preso parte alla discussione osserva anzitutto al Donati che pure formandosi i calcoli oltre che nelle cistifellea anche nelle vie biliari intralpatiche, non è possibile stabilire l'esistenza di questi ultimi sino a che non si manifestano i sintomi caratteristici e quindi non si potrà sospettare la esistenza di quei calcoli che non abbiano dato coliche, ma che possano in seguito originarle.

Circa i risultati ottenuti dal sondaggio duodenale crede di affermare anche per esperienze compiute nella Clinica di Firenze, che essi sono assai inferiori a quanto dal suddetto metodo si credeva di poter ottenere. Al Marazzini osserva che l'importanza del fattore costituzionale nelle colelitiasi è ampiamente trattato nella *Relazione*, al De Nunno fa osservare che occorre essere cauti nel trarre illazioni per la patologia umana da quanto si può verificare sperimentalmente negli animali. Inoltre rileva come i risultati riferiti dal De Nunno non siano conformi a quelli rilevati nella Clinica di Firenze specie nei riguardi dell'azione colagoga del solfato di magnesio.

Osserva inoltre che data la difficoltà di diagnosi della coletiasi in un certo numero di casi, è certo che più segni semeiologici si hanno, più facile sarà il compito diagnostico, ma che non si possa accordare ai 3 segni indicati dall'Arena il valore che l'O. crede di potere loro attribuire.

Rileva come le ricerche riferite dal Bolaffi confermino quanto egli già ha esposto nella Relazione.

Alle osservazioni del Pascale nei riguardi della cura chirurgica e della suddivisione degli ammalati nelle esposte tre categorie, risponde che in tal guisa ben poco o nulla resterebbe ad medico da fare per la Terapia.

Crosti (*Relat.*). — Risponde brevemente, in quanto la maggior parte degli Oratori hanno consentito nelle idee da lui espresse. È d'accordo con Morelli a proposito delle indicazioni chirurgiche nella cura delle colecistiti.

Per ciò che riguarda l'importanda diagnostica del sondaggio duodenale col tubo di Einhorn, per raccogliere le varie qualità di bile, il R., in seguito

a ricerche fatte nel padiglione da lui diretto, deve fare delle riserve: sia per le difficoltà tecniche, che talora si riscontrano, sia per l'attendibilità dei dati batteriologici ottenuti.

L'esame radiologico non deve mai essere trascurato, sia che si imponga la diagnosi, sia che questa resti esitante o quand'anche non vi sia alcuna orientazione diagnostica.

Circa la scelta del momento più opportuno per operare, quando si voglia cogliere il momento di attenuazione dei fatti acuti, hanno grande importanza, oltre ai sintomi locali e generali, i ripetuti esami del sangue, benchè la leucocitosi (10-12 mila) si abbassi solo lentamente.

MUSCATELLO. — Dopo aver risposto ai vari oratori, crede necessario, come risultato pratico dell'ampia discussione, formulare i seguenti principi che servano ad indicare al medico pratico il momento opportuno in cui, durante l'assistenza di un infermo di colelitiasi, egli dovrà richiedere l'opera, o per lo meno il Consiglio del chirurgo:

1) nei casi di coliche brevi, acutissime, senza febbre, ripetentesi spesso (dovute ad occlusione acuta del cistico per inginocchiamento o per ostruzione da calcolo solitario asettico);

2) nei casi di coliche anche non violente ma febbrili (dovute ad infezione biliare);

3) in tutti i casi di colica acuta con febbre alta, fenomeni addominali, talvolta con ittero (colecistite acuta grave, colangite acuta, occlusione acuta del coledoco). L'intervento deve essere immediato;

4) nell'intervallo libero seguente alla risoluzione di un attacco acuto febbrile, se durante questo non sia stato possibile avere il consiglio del chirurgo;

5) nei casi di ittero (con coliche anche non gravi) persistente oltre quindici o venti giorni (occlusione cronica del coledoco).

A. CHIASSERINI.
E. TRENTI.

Congresso di Medicina.

24 ottobre 1923.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: QUEIROLO.

Sulle moderne cognizioni nella diagnosi e terapia delle cardiopatie.

Relazione del prof. A. BARLOCCO (Genova).

I. GENERALITÀ. — 1) È necessario accettare in Clinica la teoria neuro-miogena come quella che ci permette di interpretare numerose forme morbose.

2) Recenti ricerche, specie nel campo delle indagini dei capillari e loro funzioni, rendono ognor più accettabile la teoria che ammette un'attività vasale autonoma sebbene subordinata.

3) Ricerche di questi ultimi anni dimostrano la esistenza di numerosi riflessi cardiovasali, vaso capillari, ed istocapillari, oltre ad azioni riflesse fra le singole cavità cardiache.

4) Il concetto di tono cardiaco muscolare, a sua volta alla dipendenza sia di condizioni biochimiche muscolari autonome, sia di influenze nervose che ormoniche, deve definitivamente entrare così in fisiologia che in patologia circolatoria.

Accanto ad un tono costrittorio ne esiste verosimilmente uno espansorio.

5) L'applicazione alla fisiopatologia cardiaca delle leggi di Frank e di Starling sono feconde di applicazioni cliniche e terapeutiche.

6) La grandezza e la forma del cuore non sono soltanto in rapporto con la massa muscolare, ma sovratutto con il tipo costituzionale del soggetto.

7) Il cuore lavora sotto l'azione antagonistica del calcio e del potassio.

II. NUOVE ACQUISIZIONI STRUMENTALI PER LO STUDIO DELL'APPARATO CIRCOLATORIO E RISULTATI CLINICI. — 1. *Radiologia.* — Una fra le più importanti è la riunione di funzioni di apparecchi di telefotografia e di elettrocardiografia allo scopo di avere un'ombra cardiaca che sicuramente corrisponda a determinata fase dell'attività cardiaca.

2. Sempre maggiore è il favore degli apparecchi di telefotografia sulla ortodiagrafia. Superficie e volume del cuore e suoi segmenti studiati sia con valutazione dell'area (e nuovi metodi per la sua determinazione) che con il metodo radioplastico.

3. Lo studio dell'arco ventricolare sinistro nella sua forma ed energia di contrazione permette la diagnosi differenziale tra ipertrofia e dilatazione cardiaca. Lo studio accurato dell'ombra medio cardiaca permette nuovi dettagli specie per quanto riguarda i vasi del fascio e lo studio degli atrii. Il metodo di Rauchfuss permette esatta misurazione dell'istmo dell'aorta e la valutazione di affezioni dell'aorta discendente.

4. Per mezzo della radioscopia si giunge a diagnosi di aneurisma parziale e totale del cuore. L'introduzione di aria nel sacco pericardico facilita la diagnosi fra pericardite e pleurite mediastinica anteriore e posteriore ed ascesso para-vertebrale. L'esame radioscopico fornisce utili cognizioni sul cuore ipoplasico e sulla tonicità del miocardio.

5. *Elettrocardiografia.* — Nessun fondamentale perfezionamento strumentale: si estende sempre più l'utilizzazione dell'elettrocardiografia per la scrittura dei toni e rumori cardiaci.

6. Si cerca tuttora di applicare lo studio elettrocardiografico alla ricerca della funzionalità cardiaca od almeno di alcune peculiari funzioni (tono cardiaco).

7. L'intensiva ed estensiva indagine elettrocardiografica permette di dimostrare nuovi casi di blocco seno-auricolare, di nuove varietà di extrasistoli, e di nuovi casi di fibrillazione ventricolare (naturalmente oltremodo frequenti sono i nuovi casi di fibrillazione o vibrazione auricolare).

8. *Sfigmografia.* — Il vecchio tipo di sfigmografo a cuscinetto e penne scriventi va rapidamente cedendo il passo a nuovi tipi di sfigmografi con soppressione di ogni attrito, non solo (sfigmografo a luce di Frank); ma ancora di ogni compressione

sul vaso, specie allorquando si tratta di rilevare il polso venoso a scopo di diagnosi funzionale cardiaca (metodo di Ohm).

Si riesce in tal modo a scoprire il crampo cardiaco.

9. Lo sfigmo-bolometro e l'energometro quali misuratori del lavoro fornito dal polso in una determinata arteria, vanno finalmente trovando sempre maggiore applicazione. Nuovi apparecchi italiani riuniscono in sè la ricerca sfigmografica, la tonografica e la bolometrica.

10. *Pletismografia.* — Lo strumento ideato da Mosso e modificato da Kaufmann e Weber, va trovando sempre più larga applicazione nello studio dell'attività cardio-vasale fornendo preziosi ragguagli specialmente per questa ultima parte.

11. *Tacografia.* — Salvo qualche modificazione tecnica, nessuna importante acquisizione.

12. *Sfigmomanometria.* — Va ognora più estendendosi il metodo ascoltatorio. Sahli rivolge serie critiche a tutti i metodi basati sull'uso di manicotto, e stabilisce i criteri riducenti al minimo l'errore di valutazione. Tutti i metodi correnti di misurazione della pressione diastolica darebbero valori troppo elevati. Per la determinazione di tale valore sarebbe solo utilizzabile lo sfigmobolometro e lo sfigmoscopio (indice liquido senza attriti e senza oscillazione propria).

13. *Studio della pressione venosa.* — Non apporta nessuna nuova cognizione.

14. *Capillaroscopia.* — Va sempre più estendendosi lo studio diretto dei capillari cutanei apportando utili ragguagli sia sul comportamento morfologico e funzionale in determinati quadri morbosi (ipertonia, arteriosclerosi, nefrite, ecc.), sia per quanto riguarda la funzionalità cardiovasale.

15. *Nuovi preparati vasali.* — La scuola di Mosca introduce lo studio di nuovi preparati vasali — dita e mani di cadaveri o di operati. È possibile fare importanti valutazioni sul tono vasale umano.

III. Metodi di indagine funzionale cardiovasale.

1. Inutile ricordarli tutti, essendo già stati oggetto di esposizione. Mentre nuovi riflessi così detti di tonicità vengono illustrati viene in massima ad essi sottratta l'importanza per la constatata esistenza di tono (e riflessi di tonicità) sia costrittorio che espansorio.

2. Molta attenzione meritano il metodo pletismografico e la ricerca degli edemi latenti, potendosi così avere sino ad un certo punto un saggio separato della funzionalità del cuore e dei vasi: e per ciò che riguarda la funzionalità vasale la modificazione di pressione periferica successivamente alla compressione a monte del vaso.

3. Il confronto fra sangue capillare, cutaneo, proveniente dall'ammalato e sangue normale ci permette di formulare un giudizio approssimativamente esatto sul grado di ipoossiemia, permettendoci importanti valutazioni diagnostiche e terapeutiche.

4. Il metodo sfigmobolometrico ed energometrico ci permette di valutare il lavoro fornito dal polso in un determinato distretto arterioso.

5. L'esame del polso venoso con il metodo di Ohm ci permette importanti valutazioni sopra la modalità di lavoro non solo del cuore destro, ma anche del sinistro.

6. L'esame dei capillari, e il loro funzionamento successivamente a compressione dei grandi tronchi arteriosi, fornisce preziosi ragguagli sulla funzionalità cardio-vasale.

IV. Nervi cardiaci. — 1. All'azione attribuita da Engelmann, ai nervi extracardiaci sulle varie proprietà fondamentali del muscolo cardiaco in senso positivo e negativo (cronotropa, inotropa, dromotropa e batmotropa) devesi aggiungere un'attività tonotropa intesa secondo i concetti moderni (Capitolo I).

2. Recenti ricerche dimostrano la possibilità di trasmissione dell'effetto nervoso sul cuore, ossia, come la stimolazione vagale o simpatica determini comparsa di sostanze che esplicano su altri cuori isolati azione inibente od accelerante, e tali sostanze si producono prima di ogni cangiamento di attività muscolare. Si tratterebbe di ormoni a formazione locale.

3. Degno di nota che anche la vagotonia e simpaticotonia sono alla loro volta state messe in rapporto con l'azione antagonista fra calcio e potassio.

4. Indicata l'introduzione di atropina (prova di Cardarelli e non di Dehio) preferibilmente per via endovenosa e ripetendo la prova in posizioni supina ed eretta si hanno utilissimi ragguagli sul tono simpatico e vagale.

5. Nulla di particolarmente importante venne in questi ultimi anni dallo studio degli altri metodi di esplorazione delle funzioni dei nervi cardiaci (compressione del vago (segno di Cardarelli [1880]): la reazione positiva permette di concludere che il vago è eccitabile — non però che si trova in condizioni di esagerato tono — per contro un cospicuo effetto vagale anche con debole compressione, sarebbe espressione di alterata struttura miocardica).

Nulla di nuovo sullo studio del riflesso Dagnini-Aschner (in qualche caso arresto del cuore), nè di quello di Erben.

Con l'adrenalina oltre che sulle terminazioni simpatiche si agisce ancora, mediante l'innalzamento di pressione, sul vago.

È un buon mezzo per constatare se il simpatico è integro.

La prova dell'eserina ci fornisce utili ragguagli sulla condizione del tono del vago.

In complesso tutti i risultati ottenuti in questi saggi funzionali devono essere utilizzati con molta critica.

Non pronunciare mai diagnosi di vagotonia soltanto in base ai reperti ottenuti coi mezzi fisici comunemente eseguibili (compressione vagale — prova del Dagnini-Aschner — prova di Erben). Le più recenti indagini dimostrano la frequenza — anzi comune coesistenza di iper- e ipotonia vagale e simpatica.

V. Aritmie. — 1. Il capitolo dell'extrasistoli, secondo il concetto moderno, deve essere scisso, e

mentre deve essere riservato il nome di extrasistoli a quello determinato da stimoli artificiali, fra le numerose altre varietà dobbiamo annoverare le contrazioni premature da parasistolia — ossia esagerato automatismo di centro subordinato con lo aiuto di fenomeni di blocco (blocco di uscita). La tachicardia parossistica e l'alloritmia extrasistolica possono essere interpretate quali manifestazioni di parasistolia.

2. La moderna semeiologia (flebogramma-elettrocardiogramma) permette di distinguere non solo il blocco atrio-ventricolare ma la modalità di interruzione, se cioè a carico della branca destra o della sinistra del fascio di His. Permette inoltre di ben riconoscere la rara evenienza del blocco seno-auricolare. L'esame flebografico, ma più nettamente l'elettrocardiografico, permette la diagnosi delle forme oramai note di extrasistole ventricolare — extrasistoli atrio-ventricolari — extrasistoli atrio-atriali non solo, ma ha permesso di identificare nuovi tipi di extrasistoli.

3. Nuovi concetti sulla fibrillazione e sulla vibrazione auricolare specialmente in base alle ricerche di Mines, Rothberger, Winterberger e Lewis permettono di approfondire le nostre cognizioni su questo importante capitolo di cardiologia e dimostrano casi di fibrillazione ventricolare seguita da morte e non seguita da morte. La fibrillazione ventricolare si osserva per ischemia di una qualsiasi parte del miocardio, e non esclusivamente per ischemia del tessuto specifico.

4. Criteri clinici semplici per la differenziazione dell'aritmia extrasistolica dall'aritmia perpetua, nelle modalità frequente e lenta, col semplice mezzo del quoziente di polso.

Sempre più si conferma il concetto del significato delle extrasistoli: fenomeno che pur potendosi avere sotto l'azione del sistema nervoso presuppone una preparazione (chimica od ormonica) del muscolo cardiaco. Esse possono con il loro eccessivo numero determinare fatti di deficienza circolatoria.

Significato prognostico grave ma non irreparabile delle aritmie perpetue (fibrillazioni o vibrazioni auricolari) ominoso nella fibrillazione ventricolare.

5. Il polso alternans espressione di alterazione miocardica.

La tachicardia parossistica è interpretata modernamente con la parasistolia.

VI. SEMEIOLOGIA CARDIACA. — 1. *Palpazione.* — Si riconferma l'importanza che ha la percezione palpatoria della chiusura delle valvole atrio-ventricolari per la diagnosi di stenosi mitralica, e la valutazione dell'impulso alla succlavia come segno di sclerosi dell'aorta toracica.

2. Nessuna modificazione dei criteri di valutazione semeiologica dei limiti cardiaci. Percussione di media intensità ed orto-percussione sono i metodi preferibili.

3. Dai recenti studi per opera di osservatori italiani e francesi riceve conferma la antica definizione di Potain *del rumore di galoppo.*

Difficoltà di diagnosi differenziale specie dei rumori della stenosi mitralica.

Distinzione dimostrata coi recenti mezzi d'indagine in galoppo presistolico, diastolico o (il più grave), protodiastolico.

Il numero di Flint si riscontra nelle insufficienze aortiche di origine arteriosa con ipotensione e lesione renale.

4. Incertezza del concetto di normalità volumetrica di un cuore, e dipendenza del volume cardiaco dalle masse muscolari e costituzione organica.

5. Esistenza di una ipertrofia da lavoro la quale recede allorquando cessi il lavoro e l'allenamento.

6. Esistenza di una ipotrofia cardiaca costituzionale e più raramente acquisita.

7. Gli studi recenti ci fanno ammettere varie modalità di dilatazione cardiaca:

1) da distensione (barogena);

2) da deficienza muscolare (miogena);

3) da aumento del tono espansorio (tonogena) o diminuzione di quello costrittorio.

A tutte e tre può essere unito — e particolarmente alla prima ed alla terza — il concetto di compensatoria.

Essendo la terza alla particolare dipendenza della innervazione cardiaca, ne deriva da un lato la inesattezza di riferire ogni dilatazione cardiaca (da lavoro o no) a fatti di deficienza muscolare cardiaca e dall'altro la possibilità di dilatazioni cardiache di origine nervosa.

Con il lavoro muscolare deve ritenersi avvenga in condizioni di normalità della fibra cardiaca, di normale equilibrio fra i due grandi sistemi della vita vegetativa, di non esagerato afflusso sanguigno al cuore, generalmente nell'uomo, una riduzione dei diametri cardiaci.

Si scorge però come si possa avere anche, pure in condizioni che pur rientrano nella norma, una differenza o un aumento dei diametri cardiaci. Mentre per converso possiamo avere fenomeni di insufficienza circolatoria con un cuore non aumentato di volume.

8. Il cuore è in grado di rispondere a richieste esagerate (sia aumento di resistenza che necessità di inoltrare cospicua quantità di sangue) con aumento della sua forza muscolare innanzi tutto per mezzo dell'aumento della sua tensione diastolica. Esso deve questa proprietà alla sua forza di riserva. Dovendo ripetutamente sottostare a tali aumentate richieste si ipertrofizza (aumento in spessore delle singole fibre): ipertrofia da lavoro.

Là ove si tratta di vincere aumentata resistenza, ad es., nefrite cronica, si determina ipertrofia pura (per il passato chiamata ipertrofia concentrica), nei casi nei quali si tratta di lanciare in circolo un maggior volume d'urto — ad es., insufficienza aortica — si ha ipertrofia e dilatazione (dilatazione attiva o compensatoria). Si deve con ogni probabilità ammettere una ipertrofia da infiammazione.

9. Il cuore ipertrofico, patologico ha entro di sè le condizioni per lo scompenso. La diagnosi di ipertrofia del ventricolo sinistro è data dall'itto sollevato della punta. Del ventricolo destro dall'accentuazione del secondo tono polmonare, impiccioli-

mento del cuore contemporaneo meiopragico si ha nella costituzione astenica.

10. La insorgenza dello strapazzo cardiaco dopo un solo sforzo è generalmente segno di preesistente affezione cardiaca. Con la ripetizione di sforzi, come, per es., nello sport esagerato, si giunge a lesioni funzionali del miocardio. Importanza dell'allenamento. Possibilità di insorgenza di alterazioni miocardiche successivamente a sforzo unico o ripetuto. Medesima genesi di alcune insufficienze valvolari.

11. Per strapazzo cardiaco (o cuore da sforzo) devesi intendere ogni fatica corporea che oltrepassi i limiti delle riserve cardiache proprie di ogni costituzione ed è, come si vede, concetto assai relativo; nel cardiaco una parte maggiore o minore delle forze è stata impiegata nel compenso, e per ciò tanto più facile è lo strapazzo. Opportunità di accettare la distinzione clinica proposta dal Giuffrè in sforzo acuto e cronico del cuore. Il primo alla sua volta distinto in *sforzo semplice del cuore; in incipiente stanchezza,* ed *in fatica del cuore.*

12. *Si ha debolezza cardiaca o meglio circolatoria* allorchè la irrorazione sanguigna degli organi — cuore incluso — è così accentuata che ne soffrano le sue funzioni.

13. Esistenza di un'insufficienza circolatoria per prevalente diminuzione dell'attività miocardica; e di una insufficiente attività vasale periferica.

14. Accanto ad una insufficienza cardiaca per insufficienza della contrattilità miocardica, si possono avere insufficienze per indebolimento delle altre proprietà cardiache, inotropa, dromotropa, tonotropa.

15. Nel quadro della insufficienza cardiaca sempre più si rafforzà il concetto della distinzione di una *insufficienza del cuore sinistro* (caratterizzata da tachicardia, ipotensione arteriosa relativa, edema polmonare, manifestazioni anginose) ed insufficienza del cuore destro (edemi, cianosi, fegato e rene da stasi, turgore venoso).

16. Nulla di nuovo nella sintomatologia e diagnosi della insufficienza circolatoria. Ragguaglio interessante ed abbastanza precoce ci offre l'esame delle forme e del comportamento funzionale dei capillari e della ipossiemia dei vari organi. All'infuori del cuore partecipa precocemente il polmone (riduzione della capacità vitale e totale; aumento dell'aria residua; peggioramento della miscela per aria inspirata ed alveolare) il grande circolo riceve sangue male arteriolizzato. Frequenza di idrotorace, specie a destra, presentante talora oltre ai segni di trasudati quelli di essudati. Asma cardiaco per debolezza acuta specie del cuore sinistro.

La stasi epatica talora salvaguarda da stasi in altri organi e può rapidamente comparire e scomparire. Importanza dello studio della pletora addominale nella valutazione di iniziale insufficienza circolatoria.

17. Non è ancora dimostrato sebbene sia verosimile una nefrite cronica consecutiva a stasi.

18. La cianosi è particolarmente spiccata nei vizi del cuore destro e nei vizi congeniti; può essere intermittente ed è riferibile a diminuzione di ossidazione di sangue nei polmoni, cui seguono reattivamente dilatazione dei vasi cutanei, pletora, poliglobulia, tutti fattori che mentre aumentano la cianosi assumono significato compensatorio. Si ha inoltre come fattore importantissimo il rallentato circolo (utilità della indagine della capacità ossidativa del sangue, ipossiemia).

19. La dispnea cardiaca non è in rapporto con il contenuto di CO_2 del sangue. Nelle dispnee cardiache il diminuito grado di tensione del parenchima polmonare determina la tachipnea in opposizione alla respirazione grande e lenta della iperpnea acidosica. Entrambe hanno significato compensatorio (aumento della grandezza respiratoria). Importanza diagnostica, prognostica e terapeutica della bradipnea nei cardiaci).

Per converso con certa frequenza nelle lesioni croniche del polmone presenza di fatti d'insufficienza cardiaca (sindrome tricuspidale — sindrome ventricolare destra — piccoli accidenti di insufficienza).

20. La diagnosi dell'insufficienza circolatoria oltre che dalle indagini anamnestiche accurate è favorita dallo studio della personalità fisico-psichica; esame fisico accurato — indagine funzionale cui per altro non dobbiamo attribuire esagerato valore.

VII. DIAGNOSTICA SPECIALE. — 1. Lo studio dell'endocardite acuta nulla ha portato di nuovo in quest'ultimo periodo (nel 10-20 % dei casi; reumatismo). Nuovi casi di forme gonococciche e casi di endocardite ove non è dimostrabile una malattia precedente.

2. Esito costantemente mortale nell'endocardite settica acuta. Si descrive qualche caso di guarigione nelle forme di così dette endocarditi lente; esse devono però essere accolte con riserva.

3. *Vizi cardiaci.* — Nulla di particolare sia per ciò che riguarda i congeniti che gli acquisiti. Nuove ricerche riguardanti la modificazione apportata da vizi cardiaci sperimentali sulle varie cavità cardiache.

4. Descrizioni di nuovi casi di stenosi dell'aorta (dilatazione dell'aorta ascendente e trasversa, mancata dilatazione dell'A. polmonare, diminuita altezza di pressione, diminuita ampiezza pulsatoria nelle arterie degli arti inferiori rispetto a quelli superiori e del capo, e di stenosi dell'istmo) di casi di insufficienza delle valvole polmonari (indagine fisica e radiologica, notevole dilatazione dell'arco medio).

5. Miocardite acuta nelle malattie infettive. Molti dei sintomi ad essa riferiti ed interpretati come alterazione e fatti degenerativi della fibra miocardica o dell'apparato di conduzione devono essere riferiti ad alterazioni vasomotorie centrali di natura tossica.

6. Nulla di particolarmente interessante nel campo delle miocarditi croniche.

7. *Affezioni miocardiche e vasali.* — Si descrivono nuovi casi diagnoticati in vita da infarto cardiaco e pericardite epistenocardica (pericardite a decorso acuto — dopo attacco stenocardico).

8. Descrizione di nuovi casi di grave insufficienza cardiaca determinata da arteriosclerosi primitiva isolata dei vasi polmonari (sintomi fondamentali: purezza dei toni ed insufficienza relativa della polmonare; radioscopicamente ipertrofia e grave insufficienza del cuore destro con cospicua cianosi (infanzia normale), assenza di estese alterazioni del parenchima polmonare.

9. Possibilità di distinguere clinicamente la sclerosi del tronco della polmonare e dei rami principali (dispnea e cianosi accentuantesi con la fatica, successivamente stasi portale ed ascite).

10. Esistenza di crisi dolorifiche anginose riportabili a spasmo dell'arteria polmonare (dolor caeruleus in opposizione al dolor pallidus dell'angina coronaria).

11. L'affezione nel campo periferico della polmonare è in gran parte identificabile con il quadro dell'enfisema vero.

12. Dimostrazioni di nuove forme di aortite ulcerosa nel corso dell'infezione tifoide.

13. Possibilità di gravi fenomeni di insufficienza cardiaca consecutiva a gravi alterazioni dell'aorta ascendente e discendente (insufficienza dell'arteria aorta).

14. In questi ultimi anni sono descritti nuovi casi di rottura spontanea del cuore. Si tratta sempre di cuori a miocardio profondamente leso.

15. Casi di aneurisma totale e parziale del cuore dimostrati radiologicamente.

16. Nuovo quadro morboso da noi raro, frequente in Nord America e Giappone è la trombo-angioite obliterante (gangrena dei giovani nel Giappone); tale affezione infiammatoria dei vasi di probabile origine micotica, colpisce tutte le tonache arteriose e venose, colpisce preferibilmente i maschi di razza ebraica fra i 30 e 40 anni. Uno dei primi segni è il dolore al polpaccio ed al piede. Sua essenza è la iperviscosità del sangue.

17. Si descrivono nuovi segni (o meglio vecchi segni) che vengono messi in valore per la diagnosi differenziale fra concrezio ed acrezio del pericardio. Nel caso di pericardite con aderenze esterne, oltre al quadro di una debolezza più o meno marcata del miocardio ed alla fissità dei margini polmonari, è caratteristico il rientramento di tutta la parete precordiale durante la sistole, ed il sollevamento diastolico della parete toracica.

Nella forma clinica in cui prevalgono le aderenze interne pericardiche (concretio) è particolarmente difficile la diastole. E per la sua diagnosi si tenga conto della sproporzione fra i fenomeni di stasi ed esiguità del reperto obbiettivo: cuore talora impicciolito, toni deboli ma puri, polso piccolo molle, talora paradosso. Radioscopicamente semi immobilità dei bordi cardiaci. Riempimento delle vene del collo, anche ad infermo seduto od eretto o col braccio innalzato, stasi epatica, cospicua tendenza all'idrotorace ed ascite precoce.

18. Si descrivono manifestazioni cardiache caratterizzate da tutte le varietà dell'aritmia ed infine dalla insufficienza cardiaca nella *tripanosamiasi americana*.

VIII. Nevrosi cardiache. — 1. Si dividono modernamente in: psichiche, affettive, riflesse, neuritiche (vago-simpatico), ormoniche ed ognuno di questi gruppi può colpire più particolarmente il sistema simpatico o parasimpatico.

Indagini moderne sono favorevoli al concetto della prevalenza di stati misti.

2. La diagnosi di neurosi deve esser fatta solo quando le indagini del cuore e dei vasi diano risultato negativo, e così pure nessuna alterazione si abbia a carico degli organi interni.

Soggetti nervosi possono soffrire di forme organiche cardiache e le alterazioni cardiache funzionali non si identificano con le nevrosi. Alcune forme organiche iniziano con sole manifestazioni nervose. Per es., l'arteriosclerosi. Unica circostanza che soccorre il criterio dell'età sebbene anche questa non sia assoluta. Al di là dei 30 anni ricorrere alla radioscopia per l'accertamento di un'eventuale ectasia aortica. Sebbene in casi gravi di sclerosi coronaria con angina pectoris manchi talora ogni segno fisico e radiologico.

3. Indagando le storie di molti anginosi veri si trova un primo periodo in cui fu diagnosticata e curata una nevrosi cardiaca.

Essere assai scettici sulle nevrosi cardiache nei luetici.

Si tenga ancora presente che la neurosi cardiaca complica non raramente la affezione organica.

4. Nella diagnosi differenziale talora assai difficile tra forma lieve ed angina pectoris nervosa (vasomotoria) si tenga presente che la prima suol essere più frequente nei soggetti a tipo vagotonici; la seconda nei simpaticotonici. Turbe cardiache che scompaiono nel sonno non sono determinate da affezioni cardiache organiche.

Uguali difficoltà diagnostiche nel periodo iniziale di alcune miocarditi, inoltre nel così detto cuore da strapazzo, dopo eccessi alcoolici e sessuali e negli adiposi.

5. Necessità di accuratissima anamnesi e indagine clinica ripetuta. Posta la diagnosi di neurosi cardiaca è necessario accertarne la natura, ed inoltre stabilire il grado di partecipazione dei due sistemi della vita vegetativa.

6. Caratteristico per le neurosi ormoniche è il cuore da Basedow. Nel mixedema prevalgono i segni vagotonici.

7. Le neurosi periferiche di origine organica sono di facile diagnosi: accanto a sintomi di eccitamento o paralisi vasale sintomi di mediastinite, pericardite o pleurite.

Le neurosi cardiache riflesse saranno sospettate quando esistono alterazioni a carico della pleura, dei visceri e dei genitali.

IX. Ipertensione ed ipertonia, arteriosclerosi (diagnosi e forme cliniche relative). — 1. Distin-

zione alquanto artificiosa fra ipertensione ed ipertonia, la prima permanente è legata ad alterazione della rete capillare, la seconda labile è legata al tono delle tonache muscolari arteriose.

2. Esiste indubbiamente una ipertonia. Nella valutazione grossolana noi possiamo distinguere tre tempi: 1) periodo puramente funzionale molte volte in dipendenza del sistema nervoso: presclerosi; 2) periodo ipertonia organica e funzionale; 3) periodo stadio finale dell'arteriosclerosi.

Sono possibili ulteriori divisioni della ipertensione a seconda che si tratta di forma funzionale od anatomica (arteriosclerosi).

3. La differenziazione delle varie forme si fa oltre che coll'anamnesi accurata, esaminando il comportamento della pressione nel sonno e nella veglia, ispezione dei capillari sanguigni e loro reazioni, comportamento funzionale dei vasi, del cuore, del sistema nervoso; studio delle urine, del sangue e del liquido cefalo rachidiano.

4. Accurato studio della pressione arteriosa dopo una serie di interventi destinati a chiarire l'origine centrale (puntura lombare, salasso, iniezioni sottocutanee ed endovenose di varie sostanze aventi azioni sulla pressione arteriosa e delle quali sia noto il punto di attacco: caffeina, nitriti, stricnina, ecc.). Esame del fondo oculare. Reazione ai vari criteri terapeutici.

5. Pur essendo indubbio che certe forme renali decorrono con ipertonia, si deve ammettere la esistenza di una ipertonia permanente autonoma dell'apparato vascolare (ipertonia genuina).

6. Le così dette crisi vasali pressorie hanno acquistato ormai i diritti di cittadinanza in clinica. Si tratta di crisi di angiospasmo che a seconda della loro estensione si traducono con innalzamento della pressione sanguigna. Occorrono in svariate forme morbose e sempre con uguale manifestazione.

Dette crisi di ipertensione parossistica possono durare minuti, ore, ed anche giorni, La diminuzione della pressione sospende istantaneamente l'attacco. Normalità nell'intervallo. Ripetendosi con notevole frequenza gli attacchi, si ha ipertensione permanente, arterie indurite, ipertrofia cardiaca.

7. La così detta *angina addominale* caratterizzata da dolore addominale con ipertensione e meteorismo è forma analoga allo zoppicamento intermittente arteriosclerotico e dovuta a spasmo delle arterie mesenteriche (già alterate da processo arteriosclerotico).

La tendenza a dolori addominali, particolarmente notturni, in soggetti che già presentano note di arteriosclerosi, deve far pensare alla possibilità di angine addominali. (Constatazione di ipertensione transitoria eventualmente inserita su di una ipertensione abituale).

8. *La sclerosi:* è clinicamente un assieme di manifestazioni che rappresentano la conseguenza di processi anatomo-patologici associati od isolati, i quali però sia come origine che localizzazione e progressività, sono fondamentalmente e gradualmente distinti. Vari sono i processi capaci di determinare arteriosclerosi (meccanici e chimico-tossici). Le alterazioni fondamentali si riferiscono alle costituzioni colloidali dei tessuti (invecchiamento colloidale della sostanza fondamentale oppure alterazione di essa per azione di sostanze tossiche). Inoltre particolare costituzione dei vasi.

9. Esistenza di forme arteriosclerotiche circoscritte e forme diffuse. Ipertensione ed ipertrofia cardiaca non necessarie. Con eccessiva facilità si fa diagnosi di arteriosclerosi, interpretando quali sintomi di origine vasale segni di alterato ormonismo (ovarico, testicolare, tiroideo).

Le alterazioni circolatorie apportate dall'arteriosclerosi variano regionalmente. Nell'aorta determinano diminuzione della distensibilità e dell'elasticità. La perdita della prima obbliga il cuore a maggior lavoro. Prima conseguenza sul circolo è un aumento della pressione massima seguita da relativa diminuzione di quella minima. La successiva distensione dell'aorta attenua ogni eccesso di queste modificazioni. Importante è il fatto delle modificazioni regionali della pressione arteriosa: ad es., aumento della tibiale in casi di arteriosclerosi dell'aorta addominale. Diminuzione della pressione arteriosa periferica circoscritta ad un segmento indica profonde modificazioni della superficie di irrorazione del vaso a monte (arterite obliterante). Dissociazione nell'arteriosclerosi fra soglia ascoltatoria ed oscillatoria. Nelle piccole arterie difficoltato il circolo dalla diminuzione del lume determinato dalle proliferazioni della intima, come pure dall'irrigidirsi della parete arteriosa. Si aggiungano le alterazioni del tono vasomotorio e la esistenza dei crampi vasali.

Il fatto di non essere colpite tutte le arterie, o per lo meno non nel medesimo grado, fa sì che si abbia ipertrofia cardiaca ed ipertensione in una sola parte dei casi.

10. Il quadro di Huchard della presclerosi deve essere sistemato nel capitolo delle ipertonie.

11. La funzionalità cardiaca è ostacolata dalle alterazioni arteriosclerotiche delle coronarie, delle valvole e delle arterie periferiche.

L'arteriosclerosi delle coronarie porta al quadro dell'angina pectoris o dell'asma cardiaco. Importante differenziare i dolori dell'angina pectoris da quelli così detti da distensione cardiaca (angina di decubito).

12. L'affezione valvolare colpisce prevalentemente le semilunari, non raramente assieme all'aorta le arterie coronarie. L'arteriosclerosi delle arterie periferiche e con queste le arterie polmonari che possono ammalare anche isolatamente, ostacola la funzionalità cardiaca o per mancato adattamento dei vari organi alla necessità nutritizia, o per l'innalzata pressione arteriosa.

Il cuore però, almeno inizialmente, presenta alterazioni minime.

13. La partecipazione dell'aorta ascendente al processo dà la nota sintomatologica (rumore che accompagna il primo tono; sonorità del secondo tono e soffio se le valvole partecipano al processo; ipofonesi a destra del manubrio sternale; eventuale pulsazione al giugulo). Se si raggiunge una

cospicua dilatazione cilindrica, cospicua ottusità retrosternale. Disfagia per i liquidi nella dilatazione fusiforme dell'aorta. Frequente complicanza dell'arteriosclerosi è il rene grinzo arteriosclerotico. Alcuni AA. considerano la nefrite come affezione primitiva e la arteriosclerosi come fatto secondario: la scuola di Jores, Volhard e Fahr ammisero fatto primitivo ed essenziale la alterazione vasale. Si potrebbe anche pensare che entrambe le affezioni abbiano una medesima origine.

14. Per quanto riguarda il sistema nervoso si tenga presente la somiglianza dell'arteriosclerosi cerebrale iniziale con la nevrastenia (importanza differenziale delle vertigini, incertezza di andatura, alterazioni della favella) possibilità di dispraxia quando sono colpiti i centri psicomotori. L'arteriosclerosi cerebrale può anche determinare epilessia. Occhio: emorragie retiniche. Orecchio: ronzio, diminuisce la capacità di distinguere i rumori bassi.

La sclerosi unilaterale è assai più molesta di quella bilaterale.

15. Intestino: possibilità della dispraxia intermittente arteriosclerotica di cui sopra. È possibile una gangrena intestinale arteriosclerotica.

16. *Arterie delle estremità.* — Riconoscibile alla durezza e serpegginosità dell'arteria. Non ostante una cospicua estensione del processo può non essere riconoscibile poichè manca il crampo vasale, tanto è vero che noi spesso osserviamo negli arteriosclerotici neurosi vasomotoria (acro-parastesie, eritromeralgie e morbo di Raynaud e disbasia intermittens arteriosclerotica. Infine gangrena). Si tenga presente che è inesatto diagnosticare arteriosclerosi solo in base alla durezza delle arterie. L'arteriosclerosi giovanile è rara.

17. Alterazioni arteriosclerotiche dei capillari; mentre si danno forme di *arteriosclerosi delle grandi e medie e piccole arterie* ove i capillari si dimostrano di aspetto e funzione normale, si hanno per converso forme di detta natura accompagnate da cospicue alterazioni nelle due branche del capillare ed infine cospicua alterazione del tratto capillare, specie del ramo arterioso dell'ansa, nelle quali la parte fra capillari e tubulari si addimostra normale.

X. TERAPIA. - A) *Terapia fisica.* — 1. Sperimentalmente le emanazioni di radium determinano miglioramento delle fondamentali proprietà della fibra muscolare.

2. La diatermia ed i raggi Roentgen si dimostrano utili nell'angina pectoris.

3. Recenti indagini dimostrano che in vicinanza di punti ove avvengono scariche elettriche e di lampade ad arco, si osserva netta diminuzione della pressione arteriosa. Tale azione è presumibilmente dovuta a protossido di azoto.

4. Il sonno dimostra un'azione ipotensiva spiccata in molti casi di ipertensione.

5. Continua la conferma sull'azione tonica sull'apparato circolatorio esplicata dai bagni di acido carbonico sia naturali che artificiali. Sorgenti italiane di acido carbonico.

6. Anche la semplice balneoterapia a 32-33 gradi si dimostra utile nei cardiopazienti (scompenso lieve, forme neuro-cardiche).

7. Si conferma l'azione utile della ginnastica così detta svedese, dell'esotorace, dei lievi movimenti e della fasciatura degli arti.

8. Nuove conferme dell'utilità del salasso e delle coppette scarificate nell'edema polmonare acuto. Si preconizza e si pratica da taluno e in tale forma il salasso dell'arteria indubbiamente poggiato su esatti presupposti d'ordine fisiopatologico.

9. Si comunicano nuovi casi di riprese dell'attività cardiaca mediante il massaggio diretto del cuore.

10. Per svuotare gli edemi periferici all'applicazione degli aghi di Southey si preferiscono piccole incisioni attraverso il connettivo adiposo. Buon modello italiano di trequarti per tale scopo.

11. Nulla di nuovo nel campo della terapia alimentare del cardiaco.

12. L'ossigeno: ne sarà riservato l'uso in quei casi nei quali è dimostrabile, colla semplice prova della capacità di saturazione (vedi metodi di indagine), la indicazione di un'aggiunta di ossigeno.

B) *Terapia chimica.* — 1. Le recenti ricerche sui riflessi intracardiaci e cardio-vasali e lo studio del metabolismo normale e patologico della fibra muscolare permettono di comprendere nel suo fine determinismo il meccanismo d'azione dei corpi digitalici.

2. Nei casi di scompenso: innanzi tutto riposo, col quale si ottiene talora il ritorno del compenso e poi cura chimica.

3. Dei preparati cardiocinetici ci occorre stabilire l'azione sul cuore di rana (P. E.) ma sopratutto valutare il loro potere di riassorbimento nel tubo digerente e la loro azione irritante sul medesimo. Elenco dei principali preparati derivati dalla digitale ivi compresi ottimi prodotti italiani.

4. Superiorità della polvere di digitale ottenuta da foglie titolate su tutti i preparati da essa derivati.

5. Opportunità di somministrazione per via rettale della digitale nei casi tanto frequenti di cospicua congestione epatica ed ostacolato assorbimento attraverso il sistema portale.

6. Indicazione della introduzione endomuscolare ed endovenosa. Elenco dei preparati digitalici a seconda della capacità del loro assorbimento e del loro contenuto in digitalina.

7. Il calcio rinforza l'azione della digitale, il potassio la ostacola.

8. Azione della strofantina ed indicazioni terapeutiche e limitazioni del loro impiego. Sino ad un certo punto la strofantina può essere impiegata come criterio prognostico.

9. La ouabaina e sua efficacia nei casi di insufficienza del cuore sinistro.

10. Azione del chinino e suoi derivati sull'attività cardiaca: suo antagonismo con la digitale e con l'adrenalina.

11. Buoni risultati ottenuti con la chinidina nei casi di aritmie perpetue: non è però opportuno nei casi di aritmie perpetue ed insufficienza circo-

latoria associare i due farmaci. In primo tempo regolarizzare la funzionalità cardiaca eliminandosi l'insufficienza col mezzo della digitale, successivamente cura crescente con la chinidina (50 % di guarigioni). Resultati incoraggianti nella tachicardia parossistica.

12. Buoni risultati ottenuti in casi di refrattorietà all'azione della digitale con il bulbo di scilla e suoi derivati. Sua azione irritante sul tubo digerente.

13. Azione dei cardiocinetici minori (convallaria; adonis vernalis, cumarina e canape indiana, tintura di strofanto).

14. La canfora esplica un'azione complessa (nervina vasale e cardiaca). Possibilità del suo impiego per via endovenosa, sia con olio canforato (pericolosa) sia con soluzione acquosa di canfora, sia con iniezioni endovenose di soluto di cadecolo (combinazione di canfora ed acido desoxcicolico) e pericolo (cadecolo e papaverina).

15. La caffeina esplica un'azione prevalentemente vasale.

16. Lo stesso dicasi dell'adrenalina e dell'ipofisina. Mentre tutti i preparati contenenti sostanze surrenali esplicano manifesta azione vasocostrittrice e per ciò presentano notevole utilità nei casi di insufficienza del tono vasale; la sostanza ipofisaria o meglio i vari tipi di preparati attualmente in commercio presentano azione alquanto incostante.

17. In alcuni casi di insufficienza circolatoria prevalentemente periferica — utilissima si addimostra un'iniezione di astmolisina associata a corpi digitalici.

18. In casi di estrema deficienza circolatoria per prevalente insufficienza del circolo periferico può essere tentata la iniezione intracardiaca di adrenalina o quanto meno quella endovenosa. Tecnica dell'iniezione (iniezione endopericardica; iniezione endomiocardica; iniezione endocardica).

Buoni risultati dell'iniezione nel cuore destro.

19. La fisostigmina di per sè non si è dimostrata utile in cardioterapia che in alcuni casi ove si ha tachicardia accompagnata da esagerato tono del simpatico (azione incostante e di breve durata). Essa può rendere al cuore la facoltà di reagire di fronte a tonici cardiaci la cui azione si era esaurita.

20. L'oppio in quantità moderata può essere somministrato in tutte le forme di cardiopatia con fenomeni di scompenso e con fatti di ipereccitabilità cardio-vasale. Alla papaverina compete spiccata attività spasmolitica (crisi vasali) anche alla canfora competono attività spasmolitiche.

21. Il glucosio per iniezioni endovenose non esplica quell'azione che si era ripromessa il suo preconizzatore.

22. Le forme cardio-vasali di origine luetica possono utilmente essere trattate con la cura specifica mista (iodo-mercurio arsenicale bismutata).

23. Dosi moderate ed impiegate assai a lungo di preparati arsenobenzolici: buoni risultati nelle forme in evoluzione, nessun risultato sui postumi anatomo-patologici dell'infezione.

24. Il citrato di soda si presenta utilissimo nelle forme recentemente descritte (tromboflebite obliterante, gangrena dei giovani) ed in generale in tutti i casi con aumento della viscosità sanguigna.

25. Il cloruro di bario in soluzione all'1 %; iniezione endomuscolare, si addimostra utile nel trattamento dell'angina di petto.

26. Gli iodici non determinano alcun vantaggio nelle forme vasali che non ripetono un'origine luetica e possono determinare inconvenienti non indifferenti.

27. Utilità per lo meno temporanea di alcuni preparati ipotensori (telatutren, vasotonina, ipotenina, asclerosina, tintura d'aglio).

28. Le affezioni cardiache di origine arteriosclerotica, con la loro svariata sintomatologia (angina pectoris, asma cardiaco, turbe di conducibilità) sono favorevolmente influenzate dai derivati purinici.

29. I nitriti esplicano un'azione ipotensiva indubbia. Dubbi invece sono i risultati clinici che si ottengono con la Nitroglicerina 1 %, e le compresse di Tetraeritrolo. (Transitorietà dell'azione ipotensiva dei purganti salini anche ripetuti).

30. La diminuzione nella dieta delle sostanze azotate esplica azione ipotensiva.

31. Nei casi ove si dimostra insufficienza od iperattività di determinati gruppi ormonici, la terapia endocrina dà utilissimi risultati. Così in alcune sindromi tireotossiche simulanti l'arteriosclerosi sarà utile il siero antitiroideo e l'arsenico: talora preparati pancreatici (è dannoso lo iodio). In alcune sindromi analoghe poggiate su deficienza ovarica o testicolare il trattamento sostitutivo. In molte neurosi a tipo simpaticotonico della pubertà e del climaterio utili i preparati ovarici.

In alcune vagotonie di origine endocrina è spesso utile la iodotirina od altro preparato tiroideo. In altri casi si può fare un saggio con surrene.

32. Scarse sono le nostre conoscenze sull'uso terapeutico degli alcaloidi nelle varie forme di neurosi e la incertezza è resa anche maggiore dal recente accertamento di grande prevalenza di forme miste.

33. È noto praticamente come la belladonna esplichi azione utile in alcune forme di vagotonia prevalente. Ed in alcuni casi di simpaticotonia si hanno vantaggi dall'uso della muscarina e della pilocarpina (e fisostigmina). Nei vagotonici con bassa tonicità del simpatico, buoni risultati con il surrene e meglio ancora con la tiroidina.

34. Nella neurosi cardiaca mista somministrare bromici, la cui azione è rinforzata da una dieta moderatamente aclorurata; e la valeriana. Mentre è inutile, anzi dannosa, la terapia digitalica nelle neurosi pure, si possono avere buoni risultati da moderata azione di tintura di strofanto, tintura di china, tintura di valeriana.

C) *Terapia chirurgica.* — 1. Ripresa con soddisfacenti risultati, delle operazioni di cardiolisi nelle pericarditi adesive.

Pericardiolisi liberando il cuore, specialmente il sinistro, a livello del ventricolo, senza tenere ec-

cessivo conto del nervo frenico. È preferibile intervenire in due tempi: in primo tempo resezione costale. Unica vera difficoltà è il trovare l'esatto limite fra pericardio ispessito ed epicardio, il quale alla sua volta è naturalmente ispessito ed alterato.

Viene anche utilizzato il tessuto adiposo come sostituto plastico del pericardio. Risultato poco confortante dette il drenaggio del pericardio proposto nella pericardite tubercolare.

2. La chirurgia del cuore dette favorevoli risultati soltanto nelle lesioni del miocardio (ferite da taglio e proiettili).

3. Nessuna possibilità almeno finora di intervento chirurgico sulle valvole, sebbene ricerche sperimentali sui topi abbiano dato risultati incoraggianti. La arteriotomia per embolia arteriosa dà buoni risultati purchè praticata precocemente.

4. Per contro più fertile di risultati appare la chirurgia sulle vene, ivi compreso lo intervento sull'arteria polmonare allo scopo di allontanare embolie.

5. Nuove operazioni di simpatectomia periarteriosa nelle malattie derivate da turbe di innervazione arteriosa simpatica (le angioneurosi: malattia di Raynaud; claudicatio intermittente, ulceri, gangrena, angioiti croniche).

6. La simpatectomia cervicale sinistra con resezione del ganglio dorsale nei casi di angina pectoris specialmente utile nei casi di angina pectoris vasomotoria, preconizzata da Fr. Frank nel 1899, inaugurata nel 1916, va trovando sebbene con lentezza sempre maggior numero di autorevoli fautori (circa 18 casi a tuttora con un solo decesso). Non ci si può illudere con questo intervento di eliminare le condizioni etiologiche ed anatomo-patologiche del processo, si elimina il fenomeno crisi dolorifica, parte notevolmente importante del processo stesso.

7. Recente proposta per suggerimento di Wenckebach di sezione del nervo depressore per ottenere il medesimo scopo, e soddisfacenti risultati ottenuti.

Il concetto, è che l'angina anzichè un'affezione delle coronarie sia determinato da stiramento del plesso nervoso periaortico e il dolore verrebbe condotto dal depressore originantesi dal nervo vago. Sezionando questo come Hofer fece in 6 casi, l'osservatore ottenne guarigione in 5 ed uno morto.

Esclusa la possibilità che con l'operazione sul simpatico sia leso il depressore, l'unica spiegazione per interpretare la cessazione del dolore con due interventi così diversi è che il depressore origini da fibre simpatiche.

Comunicazioni.

1) *Apparato circolatorio.*

PEZZI C. — *Ricerche sperimentali sulle vie di conduzione nel cuore di coniglio.* — Riferisce come una compressione moderata del fascio di His produca la sola dissociazione atrio-ventricolare lasciando intatta l'azione inibitoria del pneumogastrico. Una compressione più forte abolisce anche quest'ultima. Sperimentalmente le compressioni ripetute della superficie ventricolare destra non provocano mai delle modificazioni del complesso ventricolare, tali da permettere l'identificazione di un blocco delle arborizzazioni terminali analogo a quello che si è voluto identificare clinicamente.

FRANCO P. M. — Riferisce sull'*ipofonesi dello sterno,* nei giovani, *per la diagnostica dell'ectasia dell'aorta* intrattenendosi particolarmente sull'eziologia e sulla sintomatologia e mettendo in luce la importanza dell'ipofonesi stessa e le sue modificazioni nella posizione eretta e in quella inclinata all'avanti.

VANNI V. — *Ricerche sull'endocardite maligna.* — Riferisce i risultati di ricerche sperimentali condotte iniettando negli animali streptococchi emolitici e streptococchi viridans. Con lo streptococco emolitico ha ottenuto la riproduzione dell'endocardite, con quello viridans soltanto quando contemporaneamente iniettava sangue di malati di reumatismo articolare acuto in periodo di iperpiressia.

AMBROSIO A. — S'intrattiene sull'*azione del Cactus grandiflora,* mediante il quale si ottiene aumento dell'energia sistolica del miocardio, aumento della pressione arteriosa, e della diuresi. Esso è bene tollerato anche se somministrato a lungo.

STANGANELLI P. — Espone alcune sue osservazioni riguardanti il concetto clinico e la classificazione delle *nevrosi dell'aorta addominale.* Riferisce inoltre sull'influenza che i restringimenti dell'aorta addominale determinano sul cuore e sui reni.

MARASSINI A. — Si sofferma brevemente su alcune particolarità che egli ha potuto osservare circa il comportamento della *pressione del sangue.*

CARRERAS G. — *Sopra due casi di endocardite subacuta ed emorragia cerebrale.* — Riporta due casi clinici di endocardite maligna subacuta nei quali si ebbe quale complicazione, l'improvviso stabilirsi di una emiplegia seguita a breve distanza dall'esito letale. Tale complicanza era in entrambi i casi dovuta ad emorragia cerebrale, e l'O. accennando alla rarità di essa crede possa essere messa in rapporto oltre che con la sindrome emorragica propria delle endocarditi maligne con la produzione di piccoli aneurismi a carico delle arterie cerebrali.

LEONE R. E. — *I segni del cuore luetico.* — Da numerose osservazioni cliniche è portato alla conclusione che frequentemente negli individui luetici, le alterazioni dell'apparato cardio-vascolare sono rappresentate da:

1) arteriosclerosi giovanile;

2) ectasia aortica dei giovani;

3) disturbi del ritmo cardiaco del tipo extrasistolico;

4) polso ritmo di galoppo;

5) sinfisi pericardica muta;

6) ipertrofia cardiaca muta degli adulti non alcoolisti nè soggetti a sforzi corporei.

PACE D. — Riferendo su *un caso di tachicardia parossistica studiato elettrocardiograficamente* fa rilevare la presenza di un ritmo nuovo, eterotipico, prima sopranodale poi nodale. Sia l'insorgenza che la fine dell'attacco è segnata con una extrasistole auricolare.

2) *Sangue.*

GAMBARDELLA. — Riporta alcune osservazioni ematologiche riguardanti la *formula leucocitaria nella sifilide secondaria e terziaria.*

AIELLO G. — *Rapporti fra glicemia, pressione arteriosa, stato del rene in patologia del lavoro.* — Dalle ricerche eseguite su quindici soggetti, in gran parte ipertesi con alterazione della funzione renale, risulta che l'iperglicemia non dimostra alcun parallelismo coll'ipertensione e che è presente nelle nefropatie acute o croniche accompagnantesi a valori azotati del sangue in aumento. Nel valutare lo stato glicemico deve tenersi conto, oltre del fattore renale, di fattori morbosi modificatori del ricambio azotato o dei fermenti intracellulari e della possibile coesistenza di pletora sierosa.

SERENI E. — *I fermenti del sangue nella fatica.* — Studiando nella cavia e nell'uomo le modificazioni dei fermenti del sangue (lipasi, amilasi, fermento glicolitico, proteolitico, catalasi) nella fatica, ha riscontrato un aumento di essi, eccetto che per la lipasi sia nella fatica acuta che in quella cronica.

DAZZI A. — Riporta alcune osservazioni personali circa le variazioni morfologiche del sangue nell'*irradiazione della milza* con le dosi ritenute eccitanti e ritiene che dette modificazioni (aumento delle emazie granulose, spostamento a sinistra della formula di Arneth) siano indice non già di esaltazione dei processi fisiologici, ma della reazione degli organi ematopoietici all'azione distruttrice apportata dalle irradiazioni.

BRUGI A. — Da alcuni studi compiuti circa il comportamento del sangue nell'*emoclasia digestiva* l'O. ha potuto constatare che durante lo shock emoclasico non si verifica alcuna modificazione della formula di Arneth, mentre dopo lo shock si riscontra uno spostamento di esso a sinistra.

PUCA A. — *Iperglicorachia nei parkinsoniani post-encefalitici.* — L'O. ha trovato nei parkinsoniani post-encefalitici un aumento della glicorachia (1.20-1.30 ‰) a differenza di quanto si osserva nei parkinsoniani puri.

MORELLI. — *Il taglio del frenico nella cura delle malattie pleuropolmonari.* — Riferisce ampiamente sui risultati favorevoli ottenuti mediante il taglio del frenico sia in casi di malattie croniche polmonari, che in affezioni pleuriche, determinando tale pratica una più facile immobilizzazione del polmone malato.

CANTANI. — Si dichiara d'accordo col Morelli circa l'opportunità di sperimentare il metodo proposto nella cura della tubercolosi polmonare, mentre non condivide l'importanza deleteria dal Morelli attribuita alla pleurite ed alle aderenze pleuriche nel decorso della tubercolosi polmonare.

LOFFREDA. — Ritiene che le pleuriti da pneumotorace siano benefiche nella maggioranza dei casi purchè il liquido non raggiunga quantità di per sè dannose agli infermi.

ARENA. — Ricordando esperienze personali osserva come l'azoto possa a lungo andare produrre alterazioni della pleura con produzione di connettivo approfondantesi nel tessuto polmonare. Crede sia opportuno associare il taglio del frenico al pneumotorace parziale, e riconferma il concetto che le pleuriti sclerotiche abbiano una influenza benefica sull'andamento dei processi tubercolari del polmone.

MORELLI. — Rispondendo ai vari oratori osserva che se è vero che talvolta la pleurite ha un benefico effetto sul decorso di una tubercolosi polmonare, tanto che egli stesso ne ha talora provocato l'insorgenza, ciò si verifica soltanto quando vi sia spostabilità mediastinica. Circa l'utilità della immobilizzazione del polmone nei casi di aderenze pleuriche osserva come per effetto dell'azione dei muscoli toracici si verifichino durante gli atti respiratori continue trazioni sul tessuto polmonare malato rendendo con ciò facile la produzione di rottura del tessuto polmonare. In tali casi è più che mai giovevole immobilizzare il più possibile il polmone mediante il taglio del frenico e quando sia possibile associarlo all'applicazione del pneumotorace artificiale.

Circa la cura delle affezioni pleuriche osserva che egli si è limitato all'uso del metodo esposto nell'empiema tubercolare.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Modificazione delle norme concernenti la revisione degli organici.

La *Gazzetta Ufficiale* dell'11 ottobre 1923, numero 239, ha pubblicato il decreto 24 settembre 1923, n. 2073, col quale si approvano le seguenti modificazioni ed aggiunte al R. Decreto 27 maggio 1923, n. 1177, riguardante la revisione delle tabelle e dei regolamenti organici del personale delle provincie, dei comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza.

Art. 1. — Il primo comma dell'art. 2 del R. Decreto 27 maggio 1923, n. 1177, è modificato come appresso:

Nello stesso termine, le Amministrazioni anzidette provvederanno alla revisione di tutto il personale *avventizio*. Il detto personale sarà immediatamente licenziato, qualora non appartenga alle categorie indicate alle lettere *a*), *b*) e *c*) dell'art. 3 del R. Decreto 28 gennaio 1923, n. 253, oppure quando, ancorchè appartenga alle accennate categorie, ne sia dimostrata la inidoneità al servizio o la incompatibilità della ulteriore permanenza nell'Amministrazione, fermo restando, inoltre, quanto dispongono i due ultimi capoversi del precitato art. 3.

Si intendono annullate le disposizioni di regolamenti o le deliberazioni singole con le quali gli avventizi, che non si trovino nelle condizioni indicate alle lettere *a*, *b*, *c*, e *d* dell'art. 3 del R. Decreto 28 gennaio 1923, n. 153, siano stati posteriormente al 24 maggio 1915 collocati in posti di ruolo con violazione dell'art. 94 del regolamento 12 febbraio 1911, numero 297, ovvero in base a norme diverse da quelle che avevano vigore, presso ciascuna Amministrazione, alla data sopra accennata.

Qualora, nonostante l'applicazione dei precedenti capoversi, il personale risulti in eccedenza al numero dei posti fissati dalle nuove tabelle organiche, si procederà alle dispense dal servizio del personale nominato a posti di ruolo che si trovi tuttora in periodo di prova e indi di quello che ha conseguito la stabilità.

Per tali dispense si osserveranno, in quanto siano applicabili, le norme stabilite negli articoli 1, 2, 3 e 4 del R. Decreto 25 gennaio 1923, n. 87, e le persone appartenenti alle categorie indicate nell'art. 3 del R. Decreto 28 gennaio 1923 saranno preferite per il mantenimento in servizio, salve le eccezioni nell'articolo stesso previste.

Art. 2. — Il termine di cui al 1° comma dell'art. 1 del R. Decreto 27 maggio 1923, n. 1177, è prorogato a quattro mesi dalla pubblicazione del presente decreto e quello di cui all'ultimo capoverso dell'art. 2 a sei mesi dalla scadenza del termine sopraindicato.

Art. 3. — Fermi restando i diritti concessi dalla legge 21 agosto 1921, n. 1312 agli invalidi di guerra, sono estese alle assunzioni ai posti presso le amministrazioni provinciali, comunali, aziende municipalizzate ed istituzioni pubbliche di beneficenza, le preferenze e le precedenze rispettivamente stabilite dall'art. 9 del R. Decreto 30 settembre 1922, n. 1290, e dall'articolo 7 (terzo comma) del R. Decreto 28 gennaio 1923, n. 153, intendendosi sostituito al servizio prestato nelle amministrazioni dello Stato quello presso amministrazioni degli enti suindicati.

Sono inoltre estese, in quanto siano applicabili, agli impiegati degli enti suddetti, le disposizioni del capo quarto del R. Decreto 30 settembre 1922, n. 1290, nonchè quelle dei R. Decreti 18 dicembre 1922, n. 1637, e 17 maggio 1923, n. 1284.

Art. 4. — Il presente decreto andrà in vigore dalla sua pubblicazione.

Il decreto 27 maggio 1923, n. 1177, fu pubblicato nel fascicolo 26 di questa rivista e fu largamente commentato nei fascicoli successivi.

Le norme di esso, non espressamente modificate o compatibili con le nuove, rimangono in vigore.

Pubblicheremo nel prossimo fascicolo una nota esplicativa delle disposizioni del nuovo decreto — certamente più complesse e in parte più importanti delle precedenti — anche per precisare il contenuto delle norme sinteticamente richiamatevi e coordinare tutte le disposizioni in vigore.

QUESTIONI PRATICHE.

LXVII. — Il potere di annullamento di ufficio delle deliberazioni illegali, in rapporto allo stato economico degli impiegati degli enti locali.

Il Governo del Re annullò di ufficio una deliberazione dell'amministrazione della Provincia di Brescia che, regolando lo stato giuridico ed economico degli impiegati, attribuiva, fra altro, una terza indennità caro-viveri. Contro il decreto di annullamento fu prodotto ricorso in sede giurisdizionale, ma la IV Sezione lo respinse con decisione 29 settembre 1923 (ric. Chiappa) della quale crediamo utile riportare la parte che si riferisce, da un punto di vista

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

generale, alle condizioni ed ai limiti che legittimano l'annullamento di ufficio previsto nell'art. 164 del regolamento per la esecuzione della legge Comunale e Provinciale, il quale dispone così:

« Il Governo del Re può, in *qualunque tempo*, sia sopra ricorso o denunzia, come per propria iniziativa, dichiarare con decreto reale, sentito il Consiglio di Stato, la nullità dei *provvedimenti e delle deliberazioni* che contengono violazioni di leggi o di regolamenti generali o speciali. Può pure, con l'osservanza delle stesse forme, dichiarare la nullità dei regolamenti locali che siano contrari alle leggi o ai regolamenti generali. La nullità si estende anche alle relative approvazioni della G. P. A. e del Prefetto ».

In relazione a questo grave e delicato potere, che può essere eccitato ed esercitato in ogni tempo, ed in rapporto agli stipendi degli impiegati degli enti locali, la decisione sopra indicata contiene le seguenti considerazioni.

« Il potere di annullamento di ufficio, che compete al Governo centrale e che ha trovato la sua concreta espressione nel citato art. 164, mirando a contenere nei confini della legittimità l'azione degli enti locali, non ha bisogno per il suo esercizio che una disposizione concreta di legge positiva sia stata violata. Un provvedimento adottato da un Comune o da una Provincia può essere palesamente illegittimo anche se non contrasti con una speciale norma di legge scritta quando non sia in armonia con tutto il sistema della legge. Ciò può accadere sopratutto per quanto attiene al trattamento degli impiegati. Fra gli enti pubblici, lo Stato è quello che per necessità di cose ha impiegati per numero e categoria di gran lunga preminenti. Ora, la condizione giuridica ed economica che lo Stato assicura ai suoi impiegati si deve in genere presumere che in un determinato momento storico sia la meglio rispondente alle esigenze di un'equa e coordinata tutela degli interessi individuali e privati e di quelli collettivi e pubblici. E perciò non può non essere tenuto come modello nel vagliare quello degli impiegati degli altri enti pubblici, che svolgono la loro attività nell'ambito dello Stato e sotto la vigilanza di esso. Una stridente disparità di trattamento (si intende, *coeteris paribus*) fra gli uni e gli altri non può essere ammessa: essa costituirebbe una ingiustizia e deve perciò essere dichiarata illegittima.

« Tali considerazioni dimostrano che la disposizione della lettera *g*, dell'art. 91 del regolamento di esecuzione della legge Comunale e Provinciale non solo è pienamente costituzionale ma rappresenta non altro che l'applicazione speciale di un principio di generale portata, il quale per altro non toglie che abbiano i Comuni e le Provincie libertà di azione per organizzare i loro uffici e la carriera degli impiegati ad essi addetti in relazione alle speciali loro esigenze e che nell'istituire il confronto fra gli impiegati degli enti locali od i governativi non basti porre mente alle singole disposizioni ma si debba nel loro insieme vagliarle ».

LXVIII. — Il ricorso alla IV Sezione deve essere sottoscritto anche da un avvocato esercente in Cassazione.

Con decisione 22 settembre 1923, ric. Zecca, è stato dichiarato irricevibile un ricorso perchè sottoscritto dalla parte ma non da un avvocato. La disposizione della Legge è tassativa; tuttavia segnaliamo questa decisione per evitare possibili errori — visto che se ne commettono — e quindi la perdita irreparabile dell'azione giurisdizionale.

LXIX. — Le attribuzioni dei Consigli circa la nomina dei concorrenti idonei.

In sede di ricorso straordinario — il quale, come è noto, è analogo a quello diretto alla IV Sezione del Consiglio di Stato e può essere proposto entro 180 giorni dalla comunicazione del provvedimento — è stato confermato il principio che il Consiglio comunale non può rifiutare la nomina ai concorrenti dichiarati idonei, senza motivi legittimi, i quali devono essere espressamente specificati e possono essere controllati dal punto di vista della legittimità per stabilire se siano conformi alla legge e giustificati. (Decreto Reale 29 luglio 1923, ric. dottor Alabrese).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La dicotomia.

Le preoccupazioni che alcuni avanzano sulle probabili conseguenze della pletora di medici sono pienamente giustificate. Tale pletora può creare un numero non trascurabile di spostati, ma avere anche un'influenza sul prestigio della professione.

Nelle professioni intellettuali l'eccessivo numero degli esercenti provoca un abbassamento del livello morale della classe, e forse anche un peggioramento del rendimento effettivo. Non sarebbe difficile sostenere e dimostrare, per quel che riguarda specificamente i medici, che la pletora, mentre da una parte nulla conferisce al decoro professionale, dall'altra non riesce vantaggiosa per i malati.

Non è qui il caso di accennare che la preparazione dei medici è tanto più difettosa quanto più numerosi sono gli studenti; ci preme solo di rilevare che la moralità professionale subisce una degradazione in ragione, forse non soltanto semplice, del numero degli esercenti.

La quantità di professionisti eccessiva in confronto delle richieste ordinarie determina certe forme di attività prima inusitate e neppur pensate. Il desiderio di sfruttare una condizione conquistata con tanti sacrifici, le necessità stesse della vita consigliano a seguire vie tortuose, là dove la via maestra si presenta impraticabile per soverchio ingombro.

Le nuove attività, che per differenziare da quelle legittime chiameremo industriali, dell'esercizio medico costituiscono uno sbocco per il numero grande, inverosimilmente grande di diplomati, che le Facoltà mediche ogni anno lanciano sul mercato.

Non v'ha chi non veda come queste attività non conferiscono al decoro ed al prestigio dei medici e conseguentemente non contribuiscono alla soluzione di una crisi che si fa sempre più grave.

I medici dovrebbero considerare tutto il danno che alla classe ed ai singoli deriva dall'esercizio non perfettamente corretto. Ma una predica in tal senso avrebbe certo pochi ascoltatori, perchè per i più le necessità immediate non consigliano la meditazione.

Poichè il numero dei malati, malgrado tutte le malignazioni, non cresce con il numero dei medici, alcuni, per fortuna non molti, pensano di trarre e di far trarre a colleghi compiacenti ogni e tutto il profitto ed anche il sopraprofitto dagli scarsi clienti. Si stabilisce così l'accordo fra due o più sanitari, la dicotomia, per sfruttare fino al possibile ed oltre il lecito i malati. La forma di dicotomia fino a poc'anzi conosciuta era quella che si stabiliva tra medico e farmacista: il primo prescriveva medicine inutili o che più lucro davano al farmacista, e questi ricompensava con una percentuale. Oggi questa dicotomia è in pratica tra produttori di specialità e medici, in forma più o meno larvata o anche chiaramente richiesta e confessata. C'è un giornale professionale che suggerisce ai propri associati di prescrivere specialità di una certa ditta a titolo di gratitudine, perchè la ditta stessa sostiene le spese della pubblicazione del giornale.

Poi la dicotomia fu praticata tra medici e chirurgi, e sembra che sotto tal forma sia molto diffusa in Francia. Il chirurgo fa parte dei suoi compensi al medico che gli invia malati da operare. È ovvio pensare che tali sistemi oltre ad aumentare le spese di operazione, aumentano il numero delle operazioni inutili o peggio.

Il moltiplicarsi delle specializzazioni e degli specialisti, il diffondersi delle ricerche di laboratorio a scopo diagnostico, ha aumentate le possibilità di dicotomie.

Oggi si fa un grande abuso di tali esami. Le analisi serologiche e di urina si fanno non sempre per vera necessità. Si ha più fiducia nella indagine presso che meccanica, che nell'esame diretto del malato. Fin qui poco male. Il maggior male si è che questa non lodevole abitudine, moltiplicando gli analisti induce alla concorrenza, che non si risolve con l'abbassamento delle tariffe a beneficio del malato, ma con la così detta percentuale a favore dei medici che richiedono l'analisi e indicano l'analista.

Lo stesso purtroppo può verificarsi per altri mezzi d'indagine, come radioscopia, elettrodiagnosi, o per cure speciali praticate esclusivamente da alcuni medici.

Meno probabile è la dicotomia con gli specialisti, almeno per ora. Gli specialisti sono, fra tutti i sanitari, quelli che meno risentono la crisi odierna e quindi meno sentono il bisogno di ricorrere ad abusi. Il loro numero può dirsi, almeno per alcune specialità, inferiore al bisogno.

Al riguardo sarebbe opportuno indirizzare le giovani reclute verso alcune specialità, la cui deficienza numerica è molto sentita. L'odontoiatria è un campo dove molti ancora possono abbondantemente mietere. La nobilizzazione di questa branca sottratta per legge ai

mestieranti, deve costituire un altro motivo di richiamo.

Ritornando alla dicotomia c'è da augurare che, malgrado attualmente vi siano tutte le condizioni per il suo prosperare, essa non attecchisca nella classe medica italiana. L'onestà, anche quando non corrisponda ad un istintivo sentimento morale, è una pratica di convenienza, e non ostante le eccezioni che potrebbero far credere il contrario, un mezzo di successo nella vita. Questo aforisma trova la sua più adatta applicazione nell'esercizio della professione medica. La fortuna dei ciarlatani e dei mestieranti dell'arte salutare, per quanto facile e grande possa apparire, raramente non è effimera e fugace.

Guai ai medici se nel pubblico si diffondesse l'opinione che certe operazioni, certe analisi, certe indagini sono consigliate solo allo scopo di incrementare una forma di connivenza disonesta. *Pangloss.*

Cronaca del movimento professionale.

Adunanza del Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici.

Nell'ultima riunione sono state respinte le dimissioni dei consiglieri Zambler, Tognoli, Braccini, rassegnate in seguito all'ultimo voto del Congresso dei Medici condotti.

Furono prese quindi deliberazioni, delle quali le più importanti sono:

che il distacco di un Ordine dalla Federazione deve avvenire per deliberazione dell'Assemblea e non del Consiglio;

invitare gli Ordini a procedere senza indugio alla compilazione dell'elenco degli specialisti secondo le norme già fissate dall'apposita Commissione;

invitare gli Ordini ad attenersi ai deliberati circa le nomine senza concorso durante la guerra;

aderire alle onoranze al prof. Rummo;

invito agli Ordini di indicare casi pietosi da sovvenire con il fondo della sottoscrizione per i danni della guerra;

assegnazione di L. 5000 al Collegio Convitto di Perugia sul fondo stesso;

invitare gli Ordini alla osservanza delle deliberazioni del Congresso circa la pubblicazione delle punizioni.

Rivolge agli Ordini le seguenti raccomandazioni:

che sia sottoposta a severa vigilanza per il rispetto delle norme deontologiche, la consulenza e l'esercizio professionale che alcuni medici fanno periodicamente o saltuariamente fuori della Provincia nella quale sono inscritti;

che debba riprovarsi come abusivo ed ingannevole il metodo adoperato da medici che annunciando pubblicamente il loro passaggio per consulenza in città lontane dalla loro abituale residenza, accompagnino il loro nome con le parole «della clinica di A o di B» perchè questa indicazione può far credere al pubblico che essi appartengono effettivamente a dette cliniche mentre di fatto o indica un'appartenenza pel passato o indica puramente e semplicemente il luogo degli studi universitari e della laurea. Questo metodo è riprovevole e deve essere represso dai Consigli degli Ordini.

Da ultimo il Consiglio federale delibera di invitare tutti gli Ordini senza riguardo alcuno e senza ritardo a denunciare tutti gli esercenti abusivi ed a costituire gli Ordini Parte Civile in tutti i processi contro gli esercenti abusivi trasmettendo alla Presidenza federale le sentenze di condanne degli abusivi stessi.

Negli Ordini.

Il Consiglio dell'Ordine della prov. di Udine, in seguito a scioglimento e alle nuove elezioni avvenute il 16 settembre, è risultato così costituito: Cavartezani Antonio, presidente; Volpi-Ghirardini Gino, segretario; Carnielli Adelchi, tesor.; Grillo Umberto, Janesch Angelo, Lovisoni Giuseppe Masotti Pietro, consiglieri.

A proposito di réclame insolente.

Riceviamo dalla Presidenza dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Milano:

Milano, 23 ottobre 1923.

Nel fascicolo 40 del 1° ottobre 1923, a pag. 1908 di codesto spett. periodico, in un trafiletto a firma D. A. Dian, si richiamava l'attenzione dell'Ordine dei Farmacisti di Milano sul fatto che il rappresentante per la Lombardia della Ditta Barrère di Parigi, farmacista sig. Giuseppe Di Bernardo, offre un premio a tutti quei medici che gli inviano clienti.

Questo Consiglio rende noto a codesta spett. Redazione che nessun Giuseppe Di Bernardo risulta iscritto all'albo dei farmacisti della Provincia, nè, per quanto gli consta, è iscritto a qualche altro albo provinciale.

Con la massima stima

Il Presidente: Dott. Paglieri Vittorio.

AMMININISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi del vaiuolo.

Il Ministero dell'Interno ha testè inviato una circolare ai Prefetti del Regno con la quale, richiamando le disposizioni legislative e regolamentari in vigore e le replicate raccomandazioni in proposito, si interessa perchè nella imminente sessione delle ordinarie vaccinazioni, si vigili che questo servizio profilattico si svolga con quella regolarità e disciplina che solo possono ottenersi da una speciale ed avveduta organizzazione da parte degli Uffici municipali d'Igiene, così che nessuno degli obbligati sfugga alla vaccinazione, e questa sia controllata nella sua efficacia da opportuni e sicuri controlli degli esiti.

Nelle Provincie nelle quali si è ravvisata l'opportunità di integrare eventuali deficienze, verranno posti a disposizione delle Prefetture appositi medici col compito di recarsi nei Comuni per organizzare i servizi di vaccinazione; provvedimento, come si vede, di grande importanza e del quale non mancheranno i più benefici risultati tendenti a debellare definitivamente il vaiuolo nel nostro Paese.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore del Gabinetto radiologico ed elettroterapico; L. 6250 e quattro aum. decimo, due c.-v., compartecip. utili. Scadenza ore 17 del 10 novembre. Età limite 40. Servizio entro 1 mese.

CAPOSELE (*Avellino*). — Scadenza 10 nov. L. 4500, oltre L. 1000 quale uff. san.

CAPPELLA DE' PICENARDI (*Cremona*). — Consor. con Cicognolo, capitolato da concordare con la Sez. A. N. M. C.; età lim. 40. Scad. 10 nov. Abitaz. dietro canone di L. 700. Ab. 2692; pov. circa 1000.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — A tutto 20 nov.; L. 9000 fino a 1500 pov.; L. 3000 cavalc., ovvero fornitura diretta mezzi trasp. da parte del Com.; due c.-v.; L. 100 (*sic*) annue quale uff. san.; alloggio gratuito. Ab. 3100 di cui 500 pov. Età limite 40. Serv. entro 15 g.

COPPARO (*Ferrara*). — Scad. 15 nov. Per Coccanile. L. 6500, aumenti di anzianità, congrua indenn. mezzi di trasp.

COZZO (*Pavia*). — L. 6500 residenziali, L. 1000 poveri, L. 1000 trasporto, L. 300 uff. san., L. 300 ambulat. Scad. 10 nov.

FERRARA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 nov., uff. san. Ferrara; L. 13,100 e 8 bienni del 5 %, c.-v. e indenn. missione; eventuale revisione. Tit. ed esami. Età limite 45. Chiedere annunzio.

ROA. *R. Università.* — Premio Baccelli al merito clinico di Fondazione dell'Ist. Naz. Med. Farmac., consistente in una medaglia d'oro, fra professori e assistenti universitari o addetti a Osped.; scad. 15 dicembre.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene di Mantova; L. 13,500 di stip. e indenn.; quadrienni del decimo. Scad. 10 nov.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte; a tutto 15 dic.; L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua, riconferma per l'anno successivo.

MONFUMO (*Treviso*). — Concorso medico aperto fino al 30 ottobre 1923. Per informazioni rivolgersi al Municipio. Il Sindaco: Candido Toscan.

ORCIANO PISANO (*Pisa*). — Scad. nov. L. 6000 e due c.-v.; L. 1500 mezzi trasp.; L. 3000 quale uff. sanitario.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente effettivo di medicina. L. 4500 e 4 bienni decimo, due c.-v.; stanza di abitaz.; guardie di 12 ore a L. 15. Scad. ore 17 del 15 nov. Nascita anter. al 15 nov. 1893. Serv. entro 10 g. Chiedere annunzio.

PEGLIO (*Pesaro*). — Scad. 15 nov. Intero territorio del Comune e 4 frazioni di Urbino (in consorzio). L. 7000 e c.-v., oltre L. 400 per uff. san., tariffa dell'Ord. per gli abbienti. Per trasp. obbligatorio L. 3000.

PIEGARO (*Perugia*). — Scad. 11 nov. Per Castiglionfosco; L. 6000 aumentab., c.-v.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Col 15 nov. avrà inizio nella Scuola di Sanità militare di Firenze un corso di sei mesi per aspiranti alla nomina di tenente medico in S. A. P. Il numero dei posti è di 50. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Con R. D. 25 marzo 1923, n. 846, sono istituiti posti di Ispettore dermosifilografo anche per la Provincia di Roma, alla dipendenza dell'Autorità sanitaria provinciale.

Il posto viene conferito dal Ministero dell'Interno per un periodo massimo di anni due ed è sempre revocabile *ad mitum*. La retribuzione sarà determinata da accordo contrattuale escluso, a tutti gli effetti, ogni rapporto di impiego a qualsiasi titolo.

Gli aspiranti dovranno presentare non oltre il 15 novembre p. v. apposita istanza in bollo, allegandovi i documenti prescritti dall'art. 4 del D. M. 15 agosto 1923 e gli eventuali titoli di carriera, ad una delle seguenti Prefetture: Bari, Bologna, Catania, Genova, Livorno, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Trieste, Venezia.

SARSINA (*Forlì*). — Scad. 15 nov.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo; L. 2500 cavalc. e un c-v.

SIRACUSA. *Congregazione di Carità.* — Concorsi a chirurgo primario ed a direttore del Laborat. di chimica clinica, microscopia e batteriologia presso l'Osped. Civile Umberto I; età lim. 50; per il chirurgo biennio di aiutato in Ospedale in seguito a pubbl. conc. od in Clinica univ. Serv. entro 15 g. Docum. all'Ufficio (via Nizza, 104) non più tardi del 15 nuv. Iscrizione Albo Chiedere annunzio.

TAGLIUNO (*Bergamo*). — Condotta consorziale residenziale con Calepio. Popolazione 4750; poveri circa 1000. Scade 27 novembre. Chiedere avviso Municipio di Tagliuno.

TREVISO. — Medico micrografico; a tutto 15 nov.; esame e titoli. Supplenza dell'uff. san. (col consenso del Prefetto). L. 8000 oltre L. 500 assegno carica e metà diritto Labor., 5 quadr. decimo. Età lim. 45. Biennio di esperim.

UDINE. — V e VI Reparto (esterni). Stip. base L. 8000 per 1500 pov., elevabile fino a L. 14,000 al 22° anno di servizio; addizion. L. 3; doppio c.-v.; L. 3000 cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp. Scad. ore 17 del 30 novembre.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Sono vacanti alcuni posti di medici praticanti con assegno di L. 300 mensili. Dirigere le richieste di schiarimenti e le domande alla Direzione Sanitaria.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre. Vedi fasc. 43.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Mocchie-Frassinere (Torino).

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.* — Concorso al «Premio Giovanni Battista Locatelli», di L. 1500 non divisibile, da assegnare all'autore del miglior lavoro d'indole popolare e a fine di propaganda, sul processo blenorragico e sulle sue dannose conseguenze per l'individuo, per la famiglia e per la società. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Per le norme rivolgersi al segretario, prof. Roberto Terzaghi, via Napoli, 5 - Roma (22). Scad. il 15 maggio 1924.

ROMA. *R. Università.* — Premio di fondazione Colasanti in farmacologia sperimentale per l'importo di L. 1200 fra laureati da non oltre un quadriennio; scad. ore 17 del 30 novembre.

Otto premi della Fondazione Rolli fra studenti di medicina e chirurgia, da L. 1000 ciascuno; scad. ore 12 dell'11 dic.

Due posti di studio della fondazione Corsi fra laureati da non oltre un triennio; L. 250 mensili per otto mesi; scad. 40 giorni dal 25 ottobre.
Chiedere annunzi al Rettorato.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici.* — Premio Alvarenga, di circa 300 dol., per lavori non pubblicati, in inglese o corredati di traduzione inglese, da inviare, secondo le norme solite, entro il 1° maggio 1924, alla segreteria.

Il premio per il 1923 fu assegnato al dott. Eduard P. Heller di Kansas City, Mo., per il suo «Treatise on Echinococcus Disease».

Rivolgersi a: John H. Girvin, Secretary of the College of Phisicians, 19 South 22-*d* Street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Ministro francese della P. I., con recente decreto, su proposta della Facoltà di Medicina di Lione, ha nominato il senatore italiano prof. dottor Edoardo Maragliano dottore *honoris causa* dell'Università di Lione.

A succedere al prof. Luigi Pagliani nella cattedra d'Igiene la Facoltà medica di Torino ha proposto, a voti unanimi, il trasferimento del prof. Arnaldo Maggiora, ordinario della stessa materia nella R. Università di Bologna e da oltre un ventennio membro stimatissimo del Consiglio Superiore di Sanità. Congratulazioni alla Facoltà medica di Torino per l'eccellente designazione.

Il dott. Paolucci Alberto, medico-chirurgo condotto a Bassano di Sutri (Roma), è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Il prof. Sanarelli all'Accademia di Medicina di Parigi

L'Accademia di medicina di Parigi ha ricevuto solennemente il prof. Sanarelli, rettore dell'Università di Roma, recentemente chiamato con unanimità di suffragi a far parte dell'illustre consesso.

Assisteva alla cerimonia il Ministro dell'Igiene e della Previdenza sociale. Il prof. Chauffard, clinico di Parigi e presidente dell'Accademia, ha salutato con elevate parole il sen. Sanarelli. Questi ha risposto ricordando le gloriose ed antiche tradizioni dell'Accademia nel campo della medicina e dell'igiene pubblica. Quindi, invitato dalla presidenza dell'Accademia, il prof. Sanarelli ha esposto i risultati delle sue più recenti esperienze sugli stati algidi del colera, delle enteriti e delle appendiciti, svolgendo in merito a queste gravissime forme morbose, rimaste finora molto oscure e controverse nella loro genesi, le sue nuove e interessanti concezioni.

L'Accademia di medicina ha calorosamente applaudito ed il prof. Chauffard ringraziando il collega Sanarelli dell'importante esposizione ha inneggiato alla collaborazione scientifica fra la Francia e l'Italia.

Per Agostino Bassi.

Alla Reale Società Italiana d'Igiene di Milano il Consiglio Direttivo nella seduta del 16 ottobre u. s. ha votato il seguente ordine del giorno:

La R. Società Italiana d'Igiene plaude all'iniziativa della Società Medica di Pavia per le onoranze ad Agostino Bassi di Lodi — *il vero fondatore della teoria parassitaria delle infezioni e precursore di Pasteur* — in occasione del centocinquantenario della sua nascita, e fa voti:

1. Perchè il Governo diffonda la conoscenza dell'opera di Agostino Bassi nelle scuole con adatte commemorazioni;
2. Perchè le Istituzioni di coltura popolare abbiano a partecipare a quest'opera di volgarizzazione;
3. Infine perchè l'Amministrazione cittadina milanese abbia a ricordare il nome di Agostino Bassi intitolandone una delle sue vie.

Onoranze alla memoria del prof. Rummo.

Per iniziativa dell'Ordine dei Medici di Benevento sarà eretto un busto in bronzo alla memoria dell'illustre clinico beneventano Gaetano Rummo, che insegnò patologia e clinica medica nelle Università di Pisa, Siena, Palermo e Napoli.

Le offerte vanno inviate all'Ordine.

Un monumento a Pravaz.

Il comune di Pont-de-Beauvoisin, paese natio di Pravaz e che offre tra tutti i comuni francesi la caratteristica di essere costituito in due borgate appartenenti l'una ad un dipartimento (Savoia) e la seconda ad un altro (Isère), si appresta ad innalzare un monumento al suo figlio il cui nome è conosciuto in tutto il mondo.

Carlo Gabriele Pravaz nacque il 14 marzo 1791 da un medico; seguì dapprima gli studi matema-

tici e insegnò questa disciplina, poi seguì la Scuola Politecnica di Parigi; infine si consacrò alla medicina in cui conseguì la laurea a 33 anni. Si occupò dapprima di ortopedia e in questo campo pubblicò importanti studi tra cui il *Trattato teorico e pratico delle lussazioni congenite del femore* e un'appendice sulla *Profilassi delle lussazioni spontanee*, comparsi nel 1847.

Per la cura degli aneurismi propose per il primo l'applicazione della corrente elettrica. E pure a Pravaz che si deve l'uso del percloruro di ferro quale emostatico. Gli studi della coagulazione del sangue lo condussero all'invenzione della siringa che porta il suo nome.

Fu direttore a Lione di un Istituto ortopedico ove compì ricerche sull'uso dei bagni di aria compressa.

Le energie latenti nell'organismo e la loro mobilizzazione.

Su questo tema ha tenuto una conferenza il prof. Eugenio Centanni all'Ospedale Civile di Trieste il 15 ottobre 1923.

L'O. ha rilevato che le funzioni vitali per legge biologica si svolgono in condizioni normali, a spese di una piccola parte delle energie organiche. L'organismo possiede sempre un ampio margine di energie potenziali o di riserva, alle quali fa appello per rispondere ad un improvviso elevato bisogno. Queste energie vengono messe in azione in parte dal sistema nervoso, in misura molto più varia ed ampia da agenti clinici della natura degli ormoni e delle kinasi.

Nel corso delle malattie l'organizzazione difensiva potenziale non viene alterata. Mancano invece o sono insufficienti le kinasi che debbono rendere attive le energie potenziali.

L'intervento terapeutico che consiste nell'aggiunta di questo elemento che l'organismo non produce spontaneamente in misura sufficiente, spinge il processo morboso alle risoluzioni più rapide e sorprendenti, come dimostrano le applicazioni dell'insulina, della stomosina e delle vitamine, le cui azioni terapeutiche non hanno raffronto con alcuna altra categoria di medicamenti.

Tutto conferma all'evidenza quanta sia la mole di queste energie latenti, allorchè con mezzi appropriati si riesce a metterle in valore.

Corso pratico di Radiologia.

Il dott. Hessmann, direttore del laboratorio radiologico dell'Urbankrankenhaus di Berlino, terrà dal 15 gennaio 1924 a tutto marzo dello stesso anno un corso pratico di radiodiagnostica e radioterapia profonda, con speciale riguardo ai tumori.

Per chiarimenti rivolgersi al dott. Hessmann, Schönbergufer 48 - Berlino.

Medici danesi invitati a Vienna.

Il prof. Mannaberg, direttore della Policlinica di Vienna, quale attestazione di gratitudine ai medici danesi che hanno sovvenuto l'istituzione ha messo a disposizione di giovani medici danesi tre posti per la durata di un anno, da occupare durante i loro studi a Vienna. Il Comitato danese ha accettato l'offerta, affidando al prof. Rovsing il compito di esperire le pratiche.

Il Premio Nöbel.

Il premio Nöbel per le scienze mediche è stato conferito quest'anno al prof. Banting di Toronto per i suoi studi sull'insulina.

A Castano di Piacenza moriva, il 3 ottobre, il dott. GIACOMO FIORANI, nella giovane età di anni 37. Il Fiorani si trasferì, dopo il conflitto mondiale, nella città di Verona e fu assistente all'Ospedale civile. Dopo un anno egli aperse un gabinetto medico creandosi, in breve, una discreta clientela.

Nella sua mirabile modestia, fu un sanitario coscienzioso e valente. Era appassionato degli sports.

Recava nella conversazione quella nota aperta e cordiale per cui egli era circondato e amato da una folla d'amici.

Alla famiglia le nostre vivissime condoglianze.

Dott. SILVIO BONUZZI.

È morto a Milano l'on. prof. LORENZO ELLERO, ex-deputato, per molti anni direttore della Casa di salute per malati di mente di Senavretta. Si occupò con competenza di gravi problemi d'igiene sociale: la pellagra, l'acoolismo, la delinquenza minorile, ecc. Era molto in vista nell'ambiente milanese e generalmente stimato per le doti d'intelletto e l'integrità del carattere. S.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 12 novembre 1923 — Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

XXIX Congresso italiano di Medicina Interna.

Conferenza del sen. prof. E. Maragliano.

La sera del 25 ottobre, alle ore 19, nell'Aula della Clinica Medica. il sen. prof. E. MARAGLIANO ha tenuto la sua conferenza sul tema: «Vaccinazione preventiva dell'uomo contro la Tubercolosi». Ad essa erano presenti moltissimi convenuti per il Congresso di Medicina interna, numerosi rappresentanti della Sanità Militare, della Croce Rossa Italiana ed uno stuolo di medici e di studiosi.

L'O. ringrazia anzitutto il prof. V. Ascoli di aver voluto che una nuova consuetudine venisse iniziata durante l'attuale Congresso, quella di tenere conferenze su argomenti di particolare attualità, e di avere pregato lui, di inaugurare tale consuetudine.

Parlando della vaccinazione contro la Tubercolosi, l'O., dopo avere rapidamente esposto i concetti che si ricollegano al problema dell'immunità nella Tubercolosi, passa a trattare della pratica della vaccinazione riassumendo i risultati di lunghe indagini e sperimenti compiuti nella sua scuola, sotto la sua direzione, usando vaccini costituiti di bacilli tubercolari uccisi a 120°. Addentrandosi poi nello studio dell'immunità riporta le osservazioni eseguite in grande numero di individui vaccinati, saggiando in essi il comportamento degli antigeni e quello degli anticorpi e dimostrando un graduale aumento di questi che raggiungono il loro massimo in un periodo tra i 90 e i 100 giorni dall'avvenuta vaccinazione.

Durante la conferenza vennero, ad illustrazione di essa, proiettate numerose fotografie e molteplici preparati istologici.

Prolungati applausi salutarono l'O. al termine delle sue parole, quale espressione calda e sincera del vivo interessamento da tutti preso nel seguire attentamente le sue parole e i risultati favorevoli ed incoraggianti da lui riferiti.

26 Ottobre 1923.

Seduta antimeridiana.

Presidenza: LUCATELLO.

Diabete insipido e ricambio idrico.

Relazione del prof. MAURIZIO ASCOLI (Catania).

Conclusioni.

Il diabete insipido ha rappresentato una sterile palestra di dissertazioni dialettiche ed un campo seducente di ipotesi ardite finchè il problema rimase cristallizzato nella concezione di una semplice anomalia della funzione renale e si pretese scoprirne la ragion prima ed ultima in assenza delle premesse dottrinali e tecniche indispensabili.

L'inserzione del suo studio nella naturale più ampia cornice del ricambio idrico e salino, lo sviluppo e le applicazioni cliniche della metodologia fisico-chimica, la decisa presa in considerazione del fattore ipofisi han consentito di porne l'analisi su basi più solide e di affrontarla sotto nuovi aspetti.

Lo stesso studio del ricambio idrico, trascurato al paragone di quello azotato o degli idrati di carbonio ad es., da poco ha nuovamente destato fervore di attenzione e di indagini. Va ricordato che nelle entrate elemento tutt'altro che trascurabile è costituito dall'acqua di ossidazione (a titolo di esempio la combustione di 100 gr. di grasso produce non meno di 107 gr. d'acqua; in certi insetti l'intero fabbisogno idrico è coperto dalla sola acqua di ossidazione!); e negli esiti va computato il cospicuo contingente estrarenale, di cui principale esponente è la *perspiratio insensibilis,* a sua volta prevalentemente costituita dal sudore — quantunque debba tenersi presente che, come apparato di eliminazione idrica la cute, tanto sensibile agli stimoli della regolazione termica, al confronto assai pigramente reagisce ad un eccessivo apporto orale di acqua.

Labile nella prima infanzia, nella quale la quota di eliminazione estrarenale è anche più considerevole, l'equilibrio idrico si stabilizza maggiormente nell'adulto — come fa fede la costanza del suo indice maggiore, il peso corporeo — con variazioni ed assestamenti particolarmente pronunziati in rapporto a carenza od eccessiva introduzione di sali, di cloruro sodico in ispecie; giacchè dell'acqua che l'organismo è capace di fissare una porzione può essere trattenuta solo in presenza di una congrua disponibilità di cloruro sodico (acqua di condensazione).

L'equilibrio è mantenuto da un delicato e complesso congegno, nel quale i propulsori esattamente individuati del flusso idrico fra sangue e tessuti sono rappresentati dalla pressione meccanica — in prima linea la pressione capillare —, dalla pressione osmotica e dalla pressione oncotica (o pressione di turgore, con la quale un colloide attrae o trattiene l'acqua), soggette a triplice regolazione: centrale. endocrina ed autonoma.

Per quanto concerne la pressione oncotica è garantita al sangue la stabilità, oltrechè dalla costanza del suo tenore colloidale, dal contegno antagonista fra la parte corpuscolare ed il plasma (tracce di acidi accrescono il turgore dei globuli rossi, mentre riducono quello del siero — contrario effetto producono gli alcali); la permeabilità sia delle pareti dei capillari che di quelle cellulari all'acqua, unisce poi plasma parenchimi e tessuto connettivo — sempre fra i due primi interposto — in un sistema unico di equilibrio oncotico.

Quanto all'osmosi mentre le pareti capillari — quali membrane dialitiche — sono pervie ai sali, le pareti cellulari che riproducono il tipo delle membrane semipermeabili, son loro invece inaccessibili; agli squilibri osmotici, gli elementi cellulari, appunto perchè impenetrabili ai sali, possono rispondere unicamente con cessione od assunzione di acqua cioè con variazioni di volume, ed il turgore derivante trova un limite prossimo nella distensione delle pareti cellulari e nella tensione complessiva dei tessuti. Così avviene che la sede principale degli scambi intermedi idrici e salini sia offerta dal tessuto connettivo, che funge, per grossolana figurazione, a quando da bacino di scarico idrico, a quando da magazzino di deposito salino; ed assurge ad organo deputato al mantenimento dell'isotonia sanguigna, laddove l'opera di selezione nel comporre gli squilibri salini, il mantenimento dell'isotonia sanguigna è devoluta alla mirabile quanto sempre misteriosa funzione secretrice del rene.

L'acqua che ingeriamo non segue dunque dal tubo gastro-intestinale al rene che l'elimina, la via breve del circolo sanguigno, ma compie un percorso complicato attraverso stazioni nei tessuti, ed il suo progressivo ritorno in circolo avviene per effetto di uno spostamento nella dotazione minerale dei tessuti, del connettivo in prima linea, e della mobilizzazione delle loro riserve saline.

Circa la regolazione va tenuto anzitutto presente che il rene è dotato di una eccellente regolazione autonoma, se anche staccato dalle sue connessioni nervose e trapiantato, non solo assolve egregiamente il suo ufficio, ma è altresì capace di adattare la diuresi allo stato momentaneo di idratazione dell'organismo.

Acquisita definitivamente è poi l'azione stimolatrice del parasimpatico sulla secrezione renale idrica e molare, come quella inibitrice dello splancnico. La regolazione centrale ha sede nel midollo allungato e nel mesencefalo dove sono ad essa adibiti diversi centri in colleganza fra loro. Di speciale rilievo è degno il fatto che il governo di questi centri non solo si afferma sulla secrezione renale, ma estende il proprio comando al ricambio salino idrico intermedio.

Il senso della sete, con i suoi richiami all'apporto di acqua vigile indicatore dell'equilibrio idrico, oltrechè dalla secchezza della mucosa orale, probabilmente è destato nei centri (con ogni verosimiglianza essi pure mesencefalici ed a lor volta in connessione con centri corticali) anche direttamente dalle modificazioni della crasi sanguigna od umorale. La sorprendente somiglianza di struttura fra i corpuscoli del Pacini e l'osmometro, che ne appare siccome una primitiva riproduzione (quale riesce all'uomo se prenda ad imitare le finezze della natura), rendono quanto mai suggestiva l'ipotesi che detti corpi rappresentino sensibilissimi segnalatori periferici dell'isotonia umorale, concorrenti a risvegliare nei centri il senso generale della sete, mentre l'ipertono e le frequenti contrazioni della muscolatura esofagea, recentemente graficamente registrate, anzichè stimoli centripeti come sono state interpretate, appaiono piuttosto una reazione motrice al senso della sete.

***

Del ricambio idrico e salino il D. I. non rappresenta se non un capitolo di patologia. L'affezione è caratterizzata da una poliuria primaria a rene integro con eliminazione di urina a peso specifico e punto di congelazione, tranne che nella piressia, abnormemente e costantemente basso.

La definizione mette fuori campo nettamente le forme di polidipsia primaria, pur di fronte ai rinnovati tentativi d'identificazione ed assimilazione. Se è intuitivo che la stretta interdipendenza fra polidipsia e poliuria debba condurre a riverberi e successioni nelle due eventualità per molti riguarri identiche, esiste tuttavia una semplice prova che consente agevolmente la discriminazione e tronca ogni incertezza: il saggio della sete, prontamente seguito nella polidipsia primaria da riduzione della diuresi e, che più monta, dall'aumento della concentrazione molare dell'urina. Alla condizione però che rigore di cautele garantisca l'attendibilità della ricerca, alla quale son tese sottili insidie dall'abnorme psiche di questi pazienti: cautele eluse financo in casi resi di pubblica ragione e per l'inganno erroneamente interpretati, mentre la frode fu svelata più tardi da altrui pubblicazioni sugli stessi pazienti.

Le sofferenze si ricongiungono tutte quale filiazione diretta al fenomeno fondamentale della poliuria; s'imperniano sulla sete cocente o, più propriamente, sul bisogno di bere. Qualora venga sospesa la introduzione di acqua, mentre la diuresi procede inesorabile, la sintomatologia si aggrava con manifestazioni drammatiche, nervose e circo-

latorie — erroneamente confuse con l'uremia sostanzialmente come geneticamente diversa —, si da reclamare in poche ore la interruzione dell'esperimento.

Durante la prova della sete, per la cospicua perdita d'acqua (furono registrate diminuzioni del peso corporeo fino a 3 kg. in 2½ ore), il sangue si concentra, mentre per converso il tenore in NaCl ben poco s'innalza o rimane immutato o, perfino, si abbassa. Contegno sconcertante a prima vista, intellegibile tuttavia se si acceda alla razionale interpretazione propostane che parallelamente all'emissione di urina ipotonica avvenga la immissione nel torrente sanguigno di linfa ipotonica.

Questo paradossale comportamento ha trovato riprova in indagini sugli effetti del salasso: nel sano esso richiama pronta idremia reattiva con ipercloremia, nel diabetico insipido il tasso cloremico rimane fisso o scende. Ugualmente abnorme è risultata la reazione al sovraccarico di cloruro sodico, che nel diabetico insipido determina ipercloremia assai più considerevole e più protratta che nel sano.

Il complesso di queste constatazioni di recentissimo acquisto mostra all'evidenza che l'alterazione non concerne soltanto la funzione renale, ma esiste nel contempo un profondo perturbamento estrarenale del ricambio salino idrico intermedio, prova in altri termini che nella determinazione della sindrome han parte i tessuti, che di questo ricambio rappresentano l'officina; concetto ch'è avvalorato dalla bradiuria che può talora, con opportuni accorgimenti, mettersi in evidenza nei d. i. e sta esso pure ad indicare, un anomalo svolgimento del ricambio idrico intermedio. Incliniamo ad ammettere che anche l'aumento della eccitabilità nerveomuscolare ond'è seguita nel d. i. l'iniezione di pituitrina si riconnetta a questo disordine.

Accanto a questa forma caratterizzata dalla estrema labilità del patrimonio idrico, e nella quale la poliuria continua obbligata ed implacabile, indipendentemente dall'ingestione d'acqua, fino ad esaurimento delle riserve idriche, v'ha un'altra non meno singolare, che si differenzia per la tenacia con la quale l'organismo difende, custodisce e mantiene la propria dotazione idrica. Essa ha comune con la prima la inettitudine a produrre un'orina concentrata, ma la poliuria è spogliata del carattere di obbligatorietà. La sospensione della propinazione d'acqua non porta già allo sbilancio del ricambio in disastrosa perdita, e nemmeno alla concentrazione dell'urina propria della polidipsia primaria, ma soltanto al curioso effetto dell'arresto della poliuria senza che l'urina si concentri. Corrispondentemente l'analisi del ricambio salino-idrico intermedio non ha dato sinora a divedere alcuna deviazione nei saggi della sete nè in quelli di sovraccarico clorosodico: la sede dell'alterata funzione pare rappresentata unicamente dall'apparato renale. La pituitrina che nel primo gruppo di casi prodigiosamente arresta, sia pure in via transitoria, la poliuria, è spogliata di qualsiasi effetto in questo secondo gruppo.

Questi due tipi di d. i. sono stati distinti con le denominazioni di ipercloremico ed ipocloremico, denominazioni poco felici in quanto si fondano sopra un carattere differenziale che non è unico, certo non il più importante nè il più appariscente, e forse nemmeno costante.

La distinzione è fondata sullo studio di casi analizzati con raro acume e maestria, ma scarsi di numero; il materiale anteriore non offre elementi utilizzabili al riguardo, per mancanza di dati che col nuovo orientamento risultano necessari al giudizio; pertanto la classificazione è in attesa di assetto stabile e definitivo, specie per quanto concerne la natura contingente od essenziale di alcuni caratteri e la possibilità di forme di transizione (Ceconi, Biffis). Comunque essa offre una base contro la quale si sono spuntate le critiche finora sollevate e dalla quale potrà prendere le mosse l'ulteriore processo di chiarificazione e di sistemazione.

Ma la ipotesi della localizzazione renale del disturbo nella forma cosidetta ipocloremica, della sede renale ed estrarenale in quella ipercloremica racchiude consequenzialmente un'inferenza: la probabile esistenza d'una terza forma dello stesso disturbo, a localizzazione esclusivamente estrarenale. La presunzione s'è verificata nella sindrome descritta or'è poco dallo Jungmann, e caratterizzata da un'alterazione isolata del ricambio salino analoga a quella del d. i., ma con mancanza del sintoma poliuria. La conferma della deduzione è atta ad avvalorare la premessa, cui conferisce maggiore risalto.

* * *

Quanto alla sede del male, l'abbozzato meccanismo del ricambio idrico aprioristicamente induce a supporre ch'essa possa essere varia, localizzabile nell'apparato regolatore sia nervoso (centrale o periferico) che endocrino, laddove quanto mai improbabile e privo di analogie parrebbe, data la integrità anatomica, un disturbo primitivo funzionale delle cellule secretrici dell'apparato terminale renale. La parte spettante all'ipofisi, con alterne vicende non nuove nella storia di questa glandola sanguigna alla quale si cominciò dall'attribuire azione diuretica per riconoscere poi (Pentimalli e Quercia) la contraria verità, ha oscillato fra opposti poli: mentre essa parve già offrire la chiave dell'enigma del d. i., è ancor viva l'eco delle requisitorie che, dinanzi alle assise della riunione internazionale di neurologia, a gran voce l'anno scorso ne proclamarono la decadenza, sostituendole sulla ribalta il mesencefalo.

Giova anzitutto precisare che menzionando l'ipofisi s'intende qui alludere preferibilmente al lobo intermedio, i cui ormoni, in materia di ricambio idrico, sono principalmente in giuoco. Allo stato degli atti la possibilità della origine mesencefalica dell'affezione appare definitivamente assodata ed incontestabile per alcuni casi, nei quali furono constatate istologicamente alterazioni mesencefaliche con integrità dell'ipofisi: mentre a stretto rigore non è fornita, con la minuziosità d'indagine ora risultata indispensabile, la prova inversa della integrità citologica della regione ipotalamica in quegli altri casi di d. i. che mostrarono palesi lesioni ipofisarie (financo limitate al solo lobo posteriore).

La scoperta del Farini dell'azione mirabile — e

talvolta ad effetto non soltanto fugace ma anche duraturo — della pituitrina in alcune forme di d. i. rappresenta un argomento formidabile e sopratutto suggestivo in favore della dottrina ipofisaria. A più minuta disamina il determinismo di tale azione risulta tuttavia ancor pieno d'incognite, anche quando s'invochi, pure in assenza di documenti perentori, l'intervento diretto del secreto ipofisario sui centri, per la via vascolare o per quella immediata infundibolare: sì da lasciare adito alla supposizione che la pituitrina possa spiegare sul potere oncotico dei tessuti quell'azione che invano fu cercata sul sangue.

Contro tale ragione si mettono in campo casi di distruzione totale dell'ipofisi nell'uomo, o di estirpazione sperimentalmente riuscita negli animali adulti, in cui il quadro del d. i. è mancato: obbiezione tuttavia non insuperabile per chi creda di addurre a spiegazione di queste evenienze, vicaria supplenza, individualmente variabile, per parte delle paraipofisi o di altre glandole ad azione sinergica.

In tale divario di pareri torna a proposito rammentare che la unicità di origine non rappresenta punto un postulato indeclinabile per la intelligenza della sindrome; nulla osta perchè essa, come va clinicamente smembrandosi in forme diverse ed a diverso substrato patogenetico, possa ripetersi da localizzazioni anatomiche nei singoli casi diverse: nervosa — centrale od anche periferica — od endocrina, come da tempo, nella sua concezione neuroglandolare ha sostenuto il Pende, e da poco ha ribadito il Salmon. L'ultima parola al riguardo spetta ad ulteriori indagini anatomiche.

Numerosi sono dunque gli aspetti in travaglio di elaborazione, oscuri o controversi di questa strana sindrome che ha appassionato ed affaticato la mente degli studiosi. Essi giustificano per la diversa valutazione subbiettiva delle singole ragioni, discordanza di vedute, di fronte alle quali tuttavia un'assoluta intransigenza andrebbe a detrimento della obbiettività e dello sviluppo della questione. Ma se in medicina guadagno autentico è dato già dal ricondurre un problema nella cerchia di più vasto ordine di fenomeni, come dalla scomposizione sua in quesiti subordinati felicemente colti e nettamente formulati, questa fase che lo studio del d. i. sta per l'appunto attraversando è stata feconda di non trascurabili contributi alla sua migliore conoscenza.

Discussione della Relazione.

PENDE. — Osserva che esiste senza dubbio una forma renale primitiva di diabete insipido, dovuta alla isolata perdita della capacità concentrativa del rene, e cita casi di osservazione personale di diabete insipido congenito-famigliare.

Non è d'accordo col Relatore circa l'importanza del disturbo del ricambio salino fondamentale, e crede che il fattore ultimo della poliuria insipida sia la incapacità del rene a concentrare. Rileva come la sua teoria endocrino-simpatica serva a spiegare il maggior numero di casi, e come quando il diabete insipido non risente vantaggio dal pituitirismo si possa trattare o di una alterazione dei centri infradibulari o di una lesione primaria della cellula renale. Ha dimostrato che l'azione del pitruitinoma sul rene è identica all'azione del simpatico sul rene.

PARI. — Osserva che non è possibile stabilire una norma nei riguardi del ricambio idrico, poichè ogni individuo presenta un equilibrio proprio particolare sì che quello che sarebbe norma per l'uno non lo è più per l'altro. Pone in rilievo l'importanza dell'ipofisi e dei centri mesencefalici nella patogenesi del diabete insipido.

LEONE. — Riferisce numerose esperienze personali eseguite sui cani con l'irradiazione dell'ipofisi, e dai sintomi rilevati, dalle lesioni anatomo-patologiche constatate conclude che:

1) l'irradiazione profonda, prolungata, periatranscranica, ipofisaria, pur ledendo l'ipofisi, non produce di necessità il diabete insipido;

2) nelle poliurie sperimentali così prodotte si ha un'alterazione ipofisaria;

3) nei casi di mancata riproduzione del diabete insipido non si può per ora affermare quali fattori entrino in causa.

LANDOLFI. — Rivendica al Galdi le importanti ricerche eseguite col Kratter nel 1908 sul ricambio idrico studiato in rapporto alle costituzioni. Cita un caso di diabete insipido di osservazione personale, nel quale ogni sondeggio ipofisario fu negativo, mentre risultò positiva la W. R. nel liquido cefalo-rachidiano. La cura specifica portò alla guarigione.

CAPOGROSSI. — Ritiene che la partecipazione del rene nel diabete insipido sia appoggiata dalla frequente constatazione di traccie di albumina nell'urina dei malati di questa malattia. Da esperienze compiute eseguendo la puntura alla Bernard del IV ventricolo, ha trovato che di frequente si riscontrano traccie di albumina anche quando vi è semplice poliuria, e che, estraendo il rene subito dopo la puntura, si riscontrano in esso evidenti lesioni istologiche.

ARENA. — Ad avvalorare la teoria endocrino-simpatica del diabete insipido, cita un caso di diabete insipido insorto dopo un trauma. La guarigione si ottenne con l'uso del pitruitrinoma.

ANTONELLI. — Dopo avere posto in rilievo i rapporti tra ipofisi e centri mesencefalici, e la loro importanza nella genesi del diabete insipido osserva che l'idea di ritenere necessaria la partecipazione degli elementi renali a funzione specifica, le cui alterazioni autoctone spiegherebbero anche da sole, secondo il Pende, alcune varietà di diabete insipido, non è confermata da validi e incompatibili argomenti clinici ed anatomici; che al contrario abbondano per quanto riguarda la genesi neurogena ed ipofisaria.

MARASSINI. — Rileva le difficoltà di potere generalizzare i fatti a tutti i casi di diabete nei quali solo lo studio dell'individuo può rilevare le deficienze onde rimane sotto quell'equilibrio su cui si fonda il ricambio idrico.

FORTUNATO. — Riferisce come stimolando il pavimento del III ventricolo ha sempre ottenuto iperglicemia con glicosuria.

Nega ai centri sopracbiasmatici importanza nella poliuria e ritiene che essi servano alla mobilizzazione del glucosio dell'organismo.

ASCOLI M. — Ringrazia i Colleghi che hanno avuto parole così gentili per lui; si compiace con Leone dei risultati sperimentalmente ottenuti. Ha taciuto di proposito del potere di concentrazione del rene in quanto al riguardo si tratta, anche a suo avviso, di una contesa formale intorno ad un'espressione figurata, giacchè fuori del fatto in sè, le nostre cognizioni sulla secrezione renale, sono troppo indeterminate perchè possa parlarvi di potere di concentrazione siccome di un fenomeno isolato e concreto. Sullo studio della secrezione renale rileva come il concetto di oncosi introdotto da Starling e da Schode appaia ricco di promesse. Ritiene fuori dubbio che, in ultima analisi, il disturbo nel diabete insipido interessi le cellule renali quanto il connettivo ed altri elementi e probabilmente solo il rene nelle forme (assai più rare) così dette ipocloremiche, ma improbabile che il disturbo sia rappresentato da una primitiva anomalia cellulare del parenchima, anzichè secondaria a perturbamento nervoso od endocrino, come ha benissimo detto l'Antonelli.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: SCHUPFER.

Stato attuale degli studi sull'insulina. (1)

Rivista del prof. VITTORIO ASCOLI (Roma).

Il prof. ASCOLI riferisce sull'« Insulina », il nuovo rimedio del diabete, riassumendo in una felice esposizione lo stato attuale della questione, con particolare riguardo alla sua scoperta, alle proprietà e sopratutto all'azione che esplica nei soggetti diabetici.

Da questa nozione, dice l'O., scaturiranno la grande importanza biologica dell'« Insulina » e le indicazioni curative.

Dimostrati i rapporti esistenti tra pancreas e diabete dalle ricerche contemporanee di Mering e Minkowski in Germania, e di De Dominicis in Italia, il fervore di indagini e di osservazioni che ne seguirono, condussero all'impiego di estratti pancreatici come tentativi di cura nel diabete, con risultati, talora, anche brillanti. L'incostanza di essi però spense ogni entusiasmo che in un primo momento si era suscitato. Spettava ad un fisiologo canadese, il Banting, il merito di approfondirne le ragioni e di riuscire a realizzare il sogno del diabete, di cui il mondo scientifico oggi gli è debitore. Questo autore ha voluto ed ha saputo con speciali accorgimenti di tecnica estrarre il principio attivo del pancreas, che chiamò « Insulina », ad indicare che rappresenta il principio isolato dalle isole di Langerans.

Già dopo i primi saggi sperimentali negli animali normali e resi diabetici, nei quali l'« Insulina », non soltanto si addimostra capace di determinare diminuzione del tasso glicemico e della glicosuria, ma anche dell'eliminazione dei corpi acetonici, come se riuscisse a supplire completamente l'azione dell'ormone pancreatico deficiente, l'« Insulina » si offre a noi quale ormone di alto valore, un ormone che non teme confronto di quelli già noti, l'adrenalina e la tiroidina.

Le proprietà farmacodinamiche dell'« Insulina » giustificano l'applicazione di essa nella cura del diabete addimostrandosi particolarmente interessante nel coma diabetico.

Io stesso, dice l'O., ho ancora gli occhi pieni di meraviglia quando vedo in corsia un diabetico, che colpito da una classica forma di diabete magro, sebbene ogni mezzo di cura sia stato tentato, si avvia al coma ad alla morte; giunse allo stato completo di coma quando noi avevamo preparato l'« Insulina » e ne avevamo saggiata l'azione sul coniglio. Con l'iniezione di « Insulina », dalle ore 20 quando era in grave stato di coma, alle ore 6 del giorno successivo, era in piena coscienza e con una forte riduzione dell'acedosi; in due mesi l'infermo è cresciuto 13 chili con l'attenuazione molto notevole dei segni del perturbato ricambio degli idrati di carbonio e dei grassi.

Dal complesso delle osservazioni, sui casi di diabete sinora trattati, è risultato che la cura dell'« Insulina » debba essere iniziata e condotta con l'aiuto di una dietetica saggiamente stabilita e sotto il controllo dello stato glicemico del soggetto. Con queste garanzie l'« Insulina » modifica, attenua, toglie del tutto l'iperglicemia e la conseguente glicosuria del diabete.

Si domanderà da voi: è un rimedio sintomatico di beneficio temporaneo? È un rimedio che guarisce la malattia cioè la condizione morbosa dell'organismo per la quale l'iperglicemia diabetica si produce? A questi dubbi ansiosi l'esperienza clinica non è ancora in grado di rispondere in modo netto ed esauriente. Può sembrare allo stato attuale delle nostre conoscenze, che il risultato della cura sia essenzialmente legato alla possibilità del ripristino allo stato funzionale normale del pancreas.

L'« Insulina », conclude l'O., rappresenta uno dei più potenti mezzi di cui si arricchisce la terapia; i dati che sono stati raccolti in proposito sono assai interessanti, e tali, che lungi dall'aver risolto il problema del diabete; hanno schiuso la via ad una serie di problemi nuovi.

DISCUSSIONE.

CIUFFI. — Intrattenendosi sui rapporti fra diabete e tubercolosi è del parere che la cura con l'insulina debba essere applicata nei tubercolotici, diabetici, ritenendo che la scomparsa del glucosio basti a risollevare la cellula nelle sue funzioni.

CENTANNI. — Illustra l'influenza dell'insulina nell'infezione tubercolare rilevando che essa rende improvvisamente servibile l'organismo ai prodotti tubercolinici circolanti con sviluppo di reazioni di focolaio intense e pericolose. Però ritiene che il rimedio possa essere applicato, usando ogni precauzione ed osservando accuratamente l'andamento.

Si intrattiene sui rapporti fra ormoni endogeni

(1) La relazione per esteso sarà pubblicata al più presto in uno dei prossimi numeri.

ed esogeni, rilevando come l'insulina si avvicini ad un'altra categoria di ormoni regolatori del ricambio, le *vitamine*, e rimarcando come l'aiuto reciproco fra ormoni endogeni ed esogeni si ripercuota anche nel campo della tecnica.

IZAR. — Accenna all'importanaa del controllo di Stato sui campioni di insulina, mettendo in rilievo che gli estratti di pancreas e di polmone sia acquosi che alcoolici non filtrati per candela oltre che dare fenomeni tossici, determinano una iperglicemia spiccata, mentre gli stessi estratti filtrati alla candela se sono inattivi dal punto di vista della tossicità, non mutano il tasso glicemico.

Rileva l'affinità dell'insulina per comportamento chimico, fisiologico, biologico coi composti della guanidina che fa ritenere l'insulina un ormone chimico.

PIAZZA. — Osserva che non è appropriato il nome di insulina, in quanto che la sostanza si origina da tutto il parenchima pancreatico e che le nuove moderne ricerche non hanno contribuito alla soluzione del problema, cioè a quali elementi spetti la secrezione interna del pancreas.

PESCI. — Ritiene l'insulina oltre che una sostanza terapeutica di sorprendente efficacia, anche una sostanza tossica e crede di poter limitare l'uso di essa ai diabetici in coma o in stato di acidosi, a quelli bisognosi di intervento chirurgico, ai casi di diabete magro. Afferma che i malati sottoposti al trattamento con l'insulina devono essere accuratamente e costantemente sorvegliati con particolare riguardo all'andamento della glicemia.

FOÀ. — Rileva che il problema dell'insulina è anzitutto un problema tecnico; tutto dipendendo dalla eccellenza della sua preparazione, dalla via di somministrazione, e dalla continuata sorveglianza dello stato glicemico dell'ammalato.

La insulina deve essere sottratta all'azione dei succhi digerenti, ai mutamenti di reazione tendenti alla alcalinità, e perciò non può essere somministrata per bocca. Ogni preparato deve essere controllato da un apposito istituto statale e le ricerche devono per ora essere limitate a quegli ambienti ove è possibile seguire con esattezza lo stato della glicemia in rapporto alla dieta ed alla somministrazione dell'insulina.

CONTI. — Chiede al Relatore se nei suoi studi sull'insulina ha proceduto alla ricerca di cristalli di Camnidge, potendo questa contribuire alla risoluzione del problema sulla quantità di pancreas funzionante.

ASCOLI V. — Sono lieto di avere inaugurato questo sistema di discussione. L'esperimento è bene riuscito grazie al valore degli oratori che hanno portato qui il frutto delle proprie conoscenze. All'illustre collega Centanni che ha intrattenuto l'assemblea su gli intimi processi della nutrizione e dell'immunità con l'elevatezza di coltura e con la originalità di idee che gli sono proprie, io nulla ho da rispondere.

Sulla natura dell'insulina, io non ho osato pronunziarmi. Al collega Izar che vorrebbe avvicinare l'insulina ai derivati della granidina e ad estratti di organi risponderò:

1) che dedurre la natura di una sostanza da alcune sue proprietà biologiche è metodo pericoloso; 2) che la preoccupazione costante degli autori canadesi è stata quella di sceverare l'insulina da quei residui di parti organiche, che hanno fatto fallire le ricerche di Zualzer e di altri.

Al collega Foà porgo speciali ringraziamenti non solo perchè ha portato in seno alla nostra società il contributo prezioso del fisiologo, ma anche, e soprattutto, per le cose precise e opportune che ha esposto brillantemente. Ha detto anzitutto che nelle pretese scoperte americane non v'è alcun principio nuovo, ma soltanto perfezionamento di tecnica. Io osservo che tutte le scoperte si fanno quando l'ambiente scientifico è sufficientemente illuminato da varie parti e spesso sembrano, e sono, corollari di veri acquisiti.

Banting è partito da una convinzione che molti avevano; ha il merito grandissimo di averne dato una *prova irrecusabile;* per fortuna, questa prova ha avuto immediate e benefiche applicazioni alla clinica. In questo senso accetterei la proposizione di Foà che nei nuovi studi è questione di metodo, ma aggiungerei che nota caratteristica in essi è anche la determinatezza, la costanza dei resultati raggiunti. Questi risultati, l'onestà scientifica degli americani, che descrissero e pubblicarono la loro tecnica e la insegnarono, ha permesso a tutti di controllare e di confermare. Foà ha ragione che l'esecuzione nei processi non è facile: l'abilità tecnica del mio assistente, il prof. Marino, è stata messa a prova; con qualche pancreas ha tuttora anche degli insuccessi; ma si deve riconoscere che per chi abbia buona preparazione di chimica biologica le indicazioni di Banting, Collip e compagni, sono sufficienti. Tuttavia io non posso non associarmi a Foà, quand'egli avverte che chiunque pubblica lavori o fa applicazioni di insulina deve sempre dirci con quale insulina lavora.

Foà ed altri mi hanno reso merito per avere io invocato il controllo governativo in Italia sui prodotti fabbricati da noi o venuti dall'estero. Scarso invero il mio merito, perchè di un controllo scientifico hanno provveduto già i canadesi nel loro paese e fuori inviando emissari tecnici a sorvegliare le fabbriche di estratto di insule: perchè d'altronde nelle disposizioni sanitarie italiane è sancita l'istituzione del controllo statale dei sieri vaccini e prodotti affini. Ho inteso, e intendo, soltanto che con l'autorità che viene da questa assemblea sia presentato al Governo nazionale l'invito a mettere sotto controllo la dispensa dell'insulina d'importazione estera e di fabbricazione nazionale.

Foà (e insieme con lui il prof. Pesci) si è un po' allarmato, perchè io non sono alieno dal mettere l'insulina a disposizione dei medici pratici, e non ne ho riservato l'impiego alle cliniche e agli istituti di cura ben preparati. Invero io non ho espresso l'opinione che qualunque pratico si senta autorizzato ad impiegare l'insulina e ch'essa possa usarsi a cuor leggiero. Ho invece cercato di dichiarare le precauzioni che sono indispensabili e ho esplicitamente affermato che soltanto i medici, che

sono in grado di fare una buona dietetica del diabetico, conforme ai principi scientifici dell'alimentazione e la sana esperienza sul malato, possono usare l'insulina. E in quest'opinione rimango, accettando in ciò l'opinione d'uno specialista americano del diabete, di grande rinomanza, lo Joslin. Non dobbiamo precludere ai medici, le vie più difficili della pratica medica; dobbiamo perfezionarne la coltura perchè siano in grado di percorrerle con beneficio dei pazienti. In realtà, se noi non educhiamo i pratici all'uso dell'insulina, come e chi curerebbe un diabetico entrato bruscamente in coma o bisognoso d'un intervento chirurgico più o meno urgente? Il prof. Foà lamenta ch'io non mi sia fermato sulle vie d'introduzione dell'insulina. In verità io ho costantemente parlato di iniezione sottocutanea nella parte sperimentale come nella parte clinica. Ma io ringrazio il prof. Foà per questo rilievo, perchè mi offre l'occasione ad esprimere più largamente e più precisamente il mio giudizio in proposito. Io ricordo che da tutti gli esperimenti degli autori canadesi risulta l'inefficacia dell'insulina somministrata per le vie digerenti (per os e per clistere). Oltre che l'azione deleteria dei fermenti digestivi sull'insulina, dimostrata sperimentalmente e richiamata come elemento fondamentale nella preparazione stessa della sostanza, io penso alla eventuale azione dannosa del fegato, avesse ragione Biedl che normalmente la parte maggiore (se non la totalità) dell'insulina uscisse dal pancreas per le vie linfatiche e non per le venose, si dovrebbe indurre che l'insulina potesse essere modificata subendo, traverso la circolazione portale, l'influenza delle cellule epatiche. Io sono pertanto convinto che tutto porti finora ad escludere che possa riescire efficace l'insulina propinata per via orale. Accenno appena qui che tutti i medici fanno uso (spesso abuso), di iniezioni sottocutanee e che i malati vi si assoggettano senza difficoltà: quindi la necessità di propinare l'insulina per via ipodermica non ne limita certamente l'impiego.

Il collega Piazza ricorda che con la legatura dei dotti pancreatici non si distrugge il tessuto acinoso della glandola e che pertanto non è logico affermare che l'estratto da cui è partito Banting derivi soltanto dalla parte insulare. Il rilievo istologico è esatto; ma il Piazza stesso riconosce che il tessuto acinoso risulta istologicamente alterato. Se dunque l'estratto del pancreas, dopo la chiusura dei condotti escretori, non presenta più gli inconvenienti tossici che presentava negli esperimenti di Zuelzer, Schott ed altri, ciò persuade che il pancreas nella sua parte acinosa ha perduto dopo la legatura dei dotti, molta o tutta l'attività funzionale. Che poi l'estratto di pancreas così preparato provenga soprattutto, ed essenzialmente, dalla parte insulare, viene comprovato dalla identità di risultati che si sono avuti con esso e con l'estratto della sola parte insulare del pancreas fetale di vitello e del pancreas insulare di alcuni pesci.

Piazza dubita della origine esclusiva dell'isulina dalla insule di Zangerhans e in ciò ha mostrato di convenire Izar, e più esplicitamente Centanni. Mi sia lecito rispondere che le ricerche per trovare l'insulina in altri organi di animali è fallita nelle mani di molti precisi ricercatori e nelle mani del mio assistente Marino. Quanto all'azione di alcuni estratti vegetali analoga all'insulina, ricordata dal Centanni, essa è molto debole ed incostante; quindi non identificabile a quella dell'estratto delle insule.

Io ho dubitosamente accennato all'eventualità che l'insulina possa condurre alla sospensione più o meno duratura della iperglicemia e glicosuria. La riattivazione della funzione glicolitica si otteneva in clinica anche permanentemente con la sola dieta. Il dott. Pozzi ritiene in base a sue ricerche che la reazione di Cammidge attesti dell'attività degli increti pancreatici, e mi domanda se non potrebbe quindi detta reazione acquistare valore prognostico. Io non posso rispondere se non in via induttiva: certo se il significato attribuito dal Pozzi alla reazione di Cammidge fosse assicurato, gioverebbe per il giudizio prognostico del diabete, ma non in modo assoluto, perchè conoscere che la funzione interna non è spenta non equivale a sapere che è sufficiente al normale bisogno o che almeno è capace a ridiventare sufficiente.

Dopo avere risposto agli oratori che si sono occupati delle questioni preliminari all'uso clinico dell'insulina, rivolgo l'attenzione ai problemi d'attuazione clinica. Ho ricordato che il prof. Blum di Strasburgo ha avuto risultati poco buoni usando l'insulina nei diabetici con tubercolosi polmonari. i proff. Cioffi e Centanni, in base a concetti teorici, consigliano di non lasciarsi impressionare troppo dalla esperienza di Blum, e di riprovare l'insulina anche nei diabetici con tubercolosi. Io non ho ancora alcuna esperienza personale su l'insulina nei diabetici con tubercolosi, ma non ho alcuna difficoltà a seguire il consiglio dei due interlocutori, poichè essi riconoscono che si dovrebbe ciò tentare con la massima circospezione e con ogni cautela.

Ho cercato di rispondere a tutti come per me si poteva. Ringrazio gli oratori che con il loro intervento hanno dato importanza al mio modesto riassunto, e ringrazio l'assemblea della benevola attenzione prestatami.

Comunicazioni sull' insulina.

Bueri P. — *Insulina - Metodi di estrazione - Concetto della sua essenza chimica e sul suo meccanismo di azione.* — Riferisce che a mezzo della precipitazione con alcool e della sensibilizzazione con etere è riuscito ad ottenere l'insulina in polvere che sembra molto più attiva e pura di fronte all'insulina di 1ª precipitazione con l'acool.

V. Ascoli, S. Silvestri, S. Marino. — *Preparazione ed azione dell'insulina.* — Adoperando tanto il metodo descritto da Banting e Best quanto quello di Chabanier, con qualche lieve modificazione, si ottiene un estratto pancreatico, la cosidetta « insulina », molto attivo, capace di produrre nei conigli una forte diminuzione del tasso glicemico, variabile dal 50 al 60 %.

Coll'abbassarsi della glicemia, coincide una rapida discesa della temperatura.

Quando il tasso glicemico è ridotto al disotto di 45 mmgr. per 100 di sangue insorgono convulsioni, talora molto violenti, con movimenti di rotazione del corpo in una direzione e nell'altra, alternati a periodi di coma. L'animale muore se non si interviene con iniezioni di glucosio.

Non sempre con una forte riduzione del tasso glicemico coincide la comparsa degli accidenti convulsivi.

Devesi tener conto delle variazioni individuali e della possibilità che estratti pancreatici, molto attivi nel coniglio, rimangono senza effetto nell'uomo diabetico e viceversa. Devesi altresì tener conto che dei conigli, sottoposti all'azione ripetuta dell'insulina, alcuni si possono rendere più sensibili ed altri invece più tolleranti.

Gli estratti pancreatici, in particolare quelli preparati secondo le indicazioni di Chabanier, talora, invece di uno stato di ipoglicemia, producono un aumento transitorio del glucosio del sangue tanto nell'animale quanto nell'uomo diabetico.

Nell'uomo l'indicazione precisa è nel coma diabetico, nel quale si ottiene un rapido e completo successo.

Nei casi di diabete complicati a cangrena, solo in un caso il risultato è stato favorevole.

In tutti i casi di diabete osservati la cura dell'insulina, associata al regime dietetico, ha dato risultati incoraggianti. Eseguita a periodi di 15-20 giorni con una o due iniezioni sottocutanee al giorno, un quarto d'ora prima dei pasti, dapprima a piccole dosi, in seguito viene spinta fino a 15-20 dosi unità al giorno.

Negli intervalli della cura l'azione dell'insulina talora può persistere 15-20 giorni dopo che è sospesa la sua somministrazione.

I risultati favorevoli finora ottenuti sembrano così pieni di interesse da giustificare l'entusiasmo e le numerose indagini, che hanno suscitato e dalle quali è lecito sperare che la clinica del diabete sia posta su basi più solide per la sua cura e per la sua patogenesi.

SERONO C., TROCELLO E., CRUTO A. — *Ricerche sulla preparazione e sull'azione fisiologica dell'insulina.* — Riferisce ampiamente sul metodo usato per ottenere un'insulina priva di proteine e di fermenti proteolitici e lipolitici, il che è stato ottenuto estraendo il pancreas con alcool e acido solforico, scaldando a 60°, filtrando, distillando l'alcool, concentrando il residuo, allontanando i lipoidi con l'etere, e precipitando il residuo con alcool. L'insulina così ottenuta va titolata sull'animale. Circa l'azione fisiologica da esperienze condotte in vitro crede potere avanzare l'ipotesi che l'azione di questo prodotto si esplichi fuori dell'azione diretta, forse agendo come kinasi in altre secrezioni interne.

Osserva che la cura con l'insulina deve essere compiuta negli ospedali.

IZAR. — *Sull'insulina.* — Si intrattiene sui caratteri di simiglianza di ordine clinico, fisiologico, farmacologico o biologico fra l'insulina e i derivati della guanidina, e si dimostra favorevole al concetto «che il principio attivo dell'insulina sia un derivato della guanidina».

SAMMARTINO U. — Osserva che nei preparati puri di insulina da lui eseguiti non ha mai riscontrato diastasi; che è possibile salvare sempre l'animale iniettato con insulina e con una ipoglicemia anche di 0.012 % purchè si somministri almeno 1 grammo di glucosio per kg. di peso.

Osserva che le differenze di risultati ottenuti con una stessa insulina negli animali possono dipendere dal vario deposito glicogenico nel fegato.

SALKIND e SEMENZA. — *Sopra alcuni casi di diabete mellito trattati con l'insulina.* — Dalle loro osservazioni credono di poter concludere:

1) l'uso dell'insulina si impone come trattamento d'urgenza nel diabete grave con sintomi di acidosi e coma;
2) è utile nelle forme di media gravità;
3) non è controindicato nelle forme lievi;
4) è utile nelle forme complicate;
5) l'insulinoterapia dovrà sempre essere eseguita in cliniche.

MASELLI D. — *Azione dell'insulina sul sistema nervoso vegetativo.* — Da ricerche eseguite allo scopo di constatare l'eventuale azione dell'insulina sul sistema nervoso vegetativo ed usando l'insulina preparata nella Clinica Medica di Roma, o l'Ormoinsulina Ravasini o quella Americana, ha potuto constatare che nessuna modificazione abitualmente l'insulina di per sè induce sia nei diabetici che nei non diabetici sulla funzionalità, con i nostri mezzi esplorabile del sistema nervoso vegetativo. L'O. ha notato costantemente un abbassamento della Px. e talora anche della Pm.; non crede che questa ipotensione si debba attribuire ad un'azione dell'insulina sul sistema nervoso vegetativo, nè ad abbassamento della glicemia, ma piuttosto da altri elementi che vengono a trovarsi nel liquido per il modo di preparazione dell'insulina stessa. Esso è paragonabile a quello che si ottiene con quasi tutti gli estratti di organo.

Comunicazioni varie.

DEVOTO. — *Il trauma nella preparazione delle nefriti acute e croniche.* — Osserva come solo eccezionalmente il trauma intervenga a ledere un rene sano e che il più delle volte quando dopo un trauma si constata l'esistenza di una nefrite, acuta o cronica, si può anche constatare che il trauma ha agito su un rene già precedentemente leso o predisposto a risentire l'effetto di azioni capaci di lederlo.

FANELLI. — Riferisce su un caso clinico di distrofia muscolare pseudo-ipertrofica, nel quale l'indagine radiologica permise di ammettere l'esistenza di un tumore ipofisario. Riporta inoltre i dati relativi al ricambio idrico e del cloruro di sodio, che erano alterati nel senso di aversi una eliminazione di acqua e di cloruri superiore alle quantità introdotte.

PRETI L. — *Sull'intossicazione da mononitrobenzolo.* — Riferisce su casi di intossicazione di ni-

trobenzolo osservati fra gli operai di una fabbrica del suddetto preparato. I disturbi sono costituiti da vertigini e senso di peso al capo, e da disturbi della deambulazione; l'esame obiettivo è negativo, solo si rileva un aumento nella quantità del liquido cefalo-rachidiano. Come cura è indicata la puntura lombare.

Condorelli. — Riferisce brevemente sui seguenti argomenti:

1) Rapporto lipoideo del sangue indice antiemolitico urinario per lo studio del bilancio tonico nei nefropatici.

2) Lo zucchero combinato del sangue, micrometodo per il dosaggio, comportamento nei soggetti normali, glicolisi e zucchero combinato.

3) L'azione poto-catalitica dell'acetato di manile negli zuccheri e nelle albumine del sangue.

4) Lo zucchero combinato nel sangue e l'iperglicemia adrenalinica in alcuni stati patologici, portando in ogni argomento il risultato della sua esperienza personale.

Cascella. — S'intrattiene sui rapporti tra corea e tubercolosi.

27 ottobre 1923.

Seduta antimeridiana.

Presidenza: Prof. V. Ascoli.

Piazza. — Riferisce su una *nuova reazione biologica nella tubercolosi.*

Trenti E. — *Valore della reazione di Besredka nella diagnosi della tubercolosi.* — In base ad esperienze personali applicando la deviazione del complemento con l'antigene di Besredka allo studio di 100 tubercolosi crede di poter affermare che detta reazione non porta alcuna utilità alla diagnosi dei casi clinicamente oscuri, nè può costituire elemento di qualche valore per ammettere un criterio prognostico sull'andamento della malattia.

Jacono. — *Le pseudo-tubercolosi.* — Richiama la attenzione su alcuni casi di pseudotubercolosi dovuti a funghi del genere *nocardia*, a spirochetosi brachiale del Castellani, ad amebiasi.

Franco P. M. — *Stenosi mitralica e tubercolosi.* — In base ad osservazioni personali rileva che contrariamente a quanto generalmente si afferma, egli ha potuto constatare molti casi di stenosi mitralica associata a tubercolosi polmonare, che in molti di essi la tubercolosi assumeva sviluppo rapido e attivo.

Signorelli A. — Osserva che la tubercolosi nella stenosi mitralica è l'eccezione. Domanda a Franco se si trattava di stenosi mitraliche congenite giacchè queste spesso sono in rapporto con l'eredolue la quale già di per sè rappresenta un elemento di predisposizione all'attecchimento del bacillo di Koch.

Landolfi. — Ha studiato 400 casi di stenosi mitralica ed ha in conformità a quanto osserva il Franco, potuto constatare che è tutt'altro che rara l'associazione di stenosi mitralica con tubercolosi a tipo evolvente.

Fornario. — Anche per constatazioni compiute durante la guerra su moltissimi tubercolotici ritiene rara l'associazione della tubercolosi con la stenosi mitralica pura.

Franco O. M. — Ringrazia i vari oratori. Insiste sulle sue conclusioni.

Bucco. — *Sulla chemioterapia antitubercolare.* — Ha sperimentato i sali cinnamici nella tubercolosi polmonare e specie nei casi con lesioni iniziali, e ne ha constatato risultati favorevoli sui sintomi clinici e sull'espettorato.

Antonelli. — Osserva che per sua esperienza i sali cinnamici non hanno portato a modificazioni apprezzabili nè sulla curva febbrile nè sui fenomeni generali o locali.

Bucco. — Rileva che nei casi da lui trattati con risultato favorevole si trattava di forme iniziali senza segni di grave tossiemia.

Signorelli A. — *L'Iperemia totale per mezzo della ventralizzazione quale metodo di cura nella tubercolosi.* — Illustra ampiamente il suo concetto sulla influenza benefica che la ventralizzazione può avere nell'andamento della tubercolosi polmonare; cita i casi favorevoli di osservazione personale, e indica i mezzi più opportuni per ottenere facilmente detta ventralizzazione.

Cioffi E. — Si intrattiene brevemente sulla *importanza dell'epiploon dal punto di vista immunitario di fronte alla tubercolosi* e successivamente «sul contegno delle agglutinine tubercolari in animali vaccinati di fronte allo shock proteinico» e sulle condizioni di esperimento e in quali animali a preferenza l'antigene tubercolare produce gli anticorpi.

Riccioli E. — Riferisce sui risultati ottenuti applicando l'*ago-puntura in 14 casi di cortico-pleurite* e dopo avere passato in rassegna il metodo e le indicazioni, osserva come alle volte si possono avere risultati favorevoli dalla sua applicazione.

Si intrattiene successivamente su ricerche compiute circa il valore immunitario del sangue dei tubercolosi.

Marotta. — *Febbri oscure e nefriti tubercolari.* — Osserva come possano alcune volte febbri di natura non chiara essere dovute ad una nefrite tubercolare ed insiste sull'importanza di applicare ogni metodo di indagine ogni qualvolta ci si trovi di fronte a casi di febbri apparentemente criptogenetiche.

Landolfi. — Rileva a tale proposito un caso di osservazione personale.

Conti. — *Contributo alla terapia tubercolare.* — Ha largamente sperimentato l'uso delle stomosine nella cura della tubercolosi constatando risultati favorevoli, solo però iniettandole per via endovenosa dopo avere accuratamente saggiata la reattività dell'individuo a tale via di somministrazione.

Periti E. — Si sofferma a considerare e a mettere in luce il diverso andamento clinico della tubercolosi in rapporto alle varie età e passa quindi a trattare della *chemioterapia della tubercolosi* con

preparati di oro e di rame colloidale nonchè con composti ciano-cuprici.

DEVOTO. — *Importanza dell'analisi delle retrocessioni semeiotiche nei riguardi della diagnosi di ulcera dello stomaco e del duodeno.* — Pone in rilievo l'importanza di una anamnesi accurata nei malati di ulcera gastrica o duodenale, potendosi sovente dai dati anamnèstici rilevare con sufficiente sicurezza la passata esistenza di una pregressa ulcera.

TALENTONI C. — Espone diffusamente un caso clinico di *ptosi gastrica* e gastro-sucorrea guarito quasi improvvisamente per fattori che l'O. crede d'ordine funzionale e psichico.

GARIN G. — *Valore semeiologico del sondaggio duodenale nelle varie affezioni dell'apparato digerente e specialmente nelle malattie pancreatiche.* — Riportando i risultati di accurate ricerche e numerose esperienze afferma che il sondaggio duodenale può dare risultati interessanti nelle malattie del fegato e nelle vie biliari, e che pure utili ragguagli può fornire sulla secrezione esterna del pancreas mediante la ricerca dei fermenti e specie di quelli proteolitici.

DE NUNNO R. — Osserva che il Garin nella sua comunicazione ha dato la conferma sperimentale in patologia umana, di quanto egli ha osservato nei cani operati di fistola alla Pawlow circa l'azione del solfato di magnesia nella secrezione biliare.

GARIN G. — *Lambliosi intestinale.* — Pone in rilievo l'esistenza di enterocolitia-tipo dissenterico da lamblia intestinale e ne passa in rassegna tutti i sintomi principali e secondari, osservando come tali forme non siano poi estremamente rare.

VALLARDI C., VALZELLI D. — Riferiscono su alcuni casi (3) di *febbre melitense* osservati a *Milano*. In essi fu usato lo stock-vaccino per via endovenosa. La guarigione fu rapida.

Compiono osservazioni su tale comunicazione JACONO, M. ASCOLI, LANDOLFI, GARIN, intrattenendosi sulla diffusione delle malattie tropicali e sulla cura coi vaccini per via endovenosa.

BRUGI. — *La costante di Ambard nelle malattie infettive generali.* — Ha osservato nella maggioranza dei casi di malattie infettive senza segni di lesione renale un valore elevato di K. e crede che esso possa essere messo in rapporto con uno stato di insufficienza relativa del rene, e probabilmente dipendente dalla febbre.

TRENTI. — *Endocardite maligna e streptococchi.* — Riferendo ricerche bacteriologiche compiute sul sangue di malati di endocardite maligna nella forma acuta e in quella lenta crede poter affermare che mentre nella forma acuta è costante il reperto di uno streptococco emolitico, in quella lenta non sempre si isola lo streptococco viridans di Schottmüller, ma più frequentemente uno streptococco non emolitico nè viridans. Non crede quindi possa essere ritenuto lo streptococco viridans quale agente specifico dell'endocardite maligna lenta.

TRENTI E. — *L'intradermoreazione nella febbre di Malta.* — Riporta le osservazioni personali circa l'applicazione del metodo intradermico nella diagnosi dell'infezione melitense, usando filtrati di brodo-coltura. Su 9 casi di infezione melitense ebbe in tutti risultato positivo, anche dopo la guarigione e in un caso persino dopo 2 anni.

JACONO. — *Azione del glucosio in vitro nelle emulsioni bacteriche, a contatto dei sieri normali e specifici.* — Dalle sue esperienze ha rilevato che la soluzione glucosata ha un potere rivelatore di agglutinine fisiologiche, ha un potere moltiplicatore di agglutinine e un potere bactericida.

VANNI V. — *Ricerche sulla spirochetosi ittero-emorragica.* — Dallo studio di uno stipite di spirocheta ittero-emorragica isolata attraverso la cavia da un caso di spirochetosi, e dalla osservazione del variare della virulenza di detto stipite nelle culture e nei passaggi attraverso l'animale, l'O. conclude che i fenomeni emorragici accompagnanti l'ittero sono da porre in rapporto con una maggiore virulenza del germe, il quale attenuato attraverso le culture perde la proprietà di produrre fenomeni emorragici e mantiene intatta quella itterigena.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI.

LANDOLFI M. — *Sindromi cerebellari e morbo spagnuolo.* — Riportando l'osservazione personale di non rari sintomi cerebellari nei malati di morbo spagnuolo, rileva come essi siano senza base anatomica, comparendo e scomparendo rapidamente, e come possano costituire piuttosto uno stato di cerebellismo. I segni principali sono: vertigine con caduta a direzione variabile, astasia non molto pronunziata.

GHIRON M. — *Terapia di alcune forme di diatesi emorragica.* — L'O. mette in evidenza l'importanza della ricerca dei vari fattori che concorrono alla coagulazione del sangue e rispettivamente alla deficienza di essi nelle varie forme di diatesi emorragiche; i fattori sono: piastrine, fibrinogeno, stato delle pareti vasali. La deficienza di piastrine viene curata con iniezioni di sangue fresco o di lipoidi del sangue, la deficienza del fibrinogeno col trattamento di soluzioni di peptone (g. 0.5 per via sottocutanea).

GHIRON M. — *Roentgenterapia delle leucemie sulla base dell'esame morfologico del sangue.* — L'O. raccomanda nella terapia della leucemia mieloide con i raggi X le piccole dosi e ripetute col controllo dell'esame del sangue, avendo di mira la distruzione degli elementi più giovani (emocitoblasti) che vengono distrutti dalle più deboli dosi di raggi.

LANDOLFI. — Cita un caso di leucemia mieloide trattata coi raggi X.

PICCININI. — Si intrattiene sulle seguenti comunicazioni:

1) Il risultato clinico è finora il criterio più sicuro in rapporto all'azione delle acque minerali.

2) La terapia farmacologica della ipertensione arteriosa e limiti di essa terapia.

ARENA. — Parla di un segno non frequente nella cirrosi atrofica epatica; il soffio venoso addominale, accompagnato a fremito, entrambi rilevabili alla base dell'apofisi reniforme. Ritiene che il fremito sia dovuto a dilatazione della vena prexifoidea, il soffio a dilatazione delle vene del legamento sospensore.

CARRERAS G. — *L'azione dei sali di calcio sui versamenti.* — Riferisce le sue ricerche compiute su un caso di ascite per cirrosi atrofica del fegato e su casi di versamenti delle sierose di origine infiammatoria, dalle quali non risulta confermato il concetto di Blum sullo spostamento per sostituzione del cata-ione Na con la somministrazione di cloruro di calcio.

QUARANTA — *Azione del calcio sul sistema nervoso vegetativo.* — L'O. ha constatato che i sali di calcio tendono a regolarizzare entrambe le sezioni del sistema nervoso vegetativo, quando una delle due sezioni è alterata nel senso di ipersensibilità o iposensibilità.

ALESSANDRINI A., DORIA R. — *Il Batteriofago di D'Herelle nella terapia del tifo addominale.* — Seguendo le osservazioni di D'Herelle gli AA. hanno nelle loro ricerche osservato che il lisato batteriofago antitifico è sempre innocuo; che introdotto per via endovenosa provoca uno shock comportandosi come una proteina eterogenea, che la somministrazione di esso nei primi due settenari è non di rado seguita da rapido e immediato inizio del periodo anfibolico, mentre dopo la 13ª giornata è senza effetto.

TALENTONI C. — Si intrattiene brevemente su un caso di asma bronchiale in un bambino eredo-luetico, guarito in seguito alla cura mercuriale.

DEVESCOVI SERGIO. — *Relazione su 300 casi di affezioni tifiche curate con le stomosine.* — L'O. ha notato in un terzo dei casi l'internazione immediata dell'infezione, in un altro terzo un notevole miglioramento, e infine nei rimanenti nessun risultato favorevole.

LORENZINI R. — Illustra un nuovo tipo di inalatore che bene risponde allo scopo di inalazioni con nubi secche di sostanze solubili.

SANNUCCI G. — S'intrattiene sull'uso delle nucleine nell'infezione tifoidea, e riporta i risultati favorevoli ottenuti impiegando le nucleine stesse specialmente nel primo periodo della malattia.

LAPENNA M. — *Il pasto unico in clinica e radiologia.* — Tra il numeroso materiale della Clinica Medica di Roma ha studiato comparativamente sopra oltre 200 stomaci normali e patologici la funzione motoria e secretoria gastrica in seguito alla somministrazione di un comune pasto di prova (pasto di Riegel-Leube) e di un pasto opaco (solfato di bario in sospensione acquosa); ha osservato che nella massima parte dei casi (tolti quelli di stenosi pilorica grave scompensata) non vi è concordanza tra i risultati del sondaggio e quelli dell'esame radioscopico, nel senso che non era possibile stabilire il concetto della «stasi» dal confronto dei due metodi.

Ha tentato perciò di costituire un pasto tipo unico che potesse servire per la clinica e per la radiologia; contenesse perciò i principi alimentari fondamentali di un pasto di prova, oltre al solfato di bario.

Dall'osservazione sistematica di oltre 100 malati di stomaco, cui ha somministrato il suo pasto, ha concluso che:

a) esso permette una visibilità perfetta con i raggi X;

b) i tempi di vuotamento si avvicinano notevolmente a quelli di un pasto di prova;

c) i valori di secrezione rimangono fondamentalmente eguali a quelli ottenuti dopo sondaggio di un pasto di prova;

d) si nota una costanza quasi assoluta nell'aspetto dello stomaco (forma, peristalsi) nell'osservazione radioscopica ripetuta sullo stesso malato in diverse sedute in diversi giorni.

Il pasto è così composto:

Brodo ristretto, poco grasso .	gr.	75
Fecola di patate	»	50
Solfato di bario	»	100
Acqua tiepida	»	75

MARINO S. — *L'azione della milza sul ricambio intermedio.* — L'O. in base alle determinazioni eseguite conclude che nei cani smilzati si nota diminuzione del residuo secco e dell'azoto totale del sangue defibrinato, aumento dell'azoto residuo totale; l'azoto ureico diminuisce notevolmente nei primi 30-45 giorni, poi tende a ritornare alla norma, mentre l'azoto degli amino-acidi e quello ammoniacale presentano un comportamento diverso.

I risultati ottenuti sembrano in rapporto con un aumentato catabolismo proteico e mettono quindi in rilievo l'importanza della milza come organo regolatore del metabolismo generale proteico. È da notare che per quanto l'animale resti in vita ed in apparenti buone condizioni, anche r tempo dopo la splenectomia e si ristabilisca il peso del corpo, accennando perfino a superare quello iniziale, i valori dell'azoto totale e dell'azoto residuo non si riportano al normale.

Sembra quindi che non sempre o non completamente entrino in giuoco quei fattori, che valgono a vicariare la funzione della milza.

MARINO S. — *Sulle variazioni della colesterina della milza durante l'autolisi asettica.* — La milza in autolisi asettica, dà luogo in un primo momento ad aumento e poi a distruzione di colesterina, così come il fegato ed il cervello; altri organis invece: surrenali, tiroide, rene, posseggono soltanto la proprietà di distruggere la colesterina in essi contenuta. Queste conclusioni, le quali devono essere considerate di orientamento, non permettono di appoggiare l'ipotesi che la milza, a preferenza degli altri organi, eserciti notevole influenza sulla formazione della colesterina e sul metabolismo dei grassi.

GHILARDUCCI. — *La specificità delle radiazioni nella Biologia e nella Clinica.* — L'O. riassume i risultati dei suoi studii sperimentali e dimostra che a ciascuna qualità di raggi corrisponde una

attività biologica diversa (attività biologica specifica delle radiazioni).

Con questi esperimenti il prof. Ghilarducci ha dimostrato:

1) L'azione antibatterica dei raggi secondarii.

2) Le alterazioni diverse sugli elementi anatomici in istretto rapporto con la qualità dei raggi.

Da queste esperienze sono sorte delle applicazioni cliniche nuove (infezioni della pelle come lupus, sicosi, ecc.) cancri ulcerati infiltranti.

Nella cura di questi tumori il Ghilarducci applica i raggi secondarii introducendo dei granuli metallici e sottoponendo il tumore lungamente e in una sola seduta a tutte le qualità di radiazioni emesse da un'ampolla dura (40 cm. di SE) ed una intensità di 1 a 2 Ma e con filtri di spessore variabile (20' senza filtro, 20' con filtro di un mm., 30' con filtro di 5 mm e una o due ore con filtro di Zn di 1/2 mm. più 4 mm. d'Al.

La secrezione fetida quando esiste scompare rapidamente, i noduli neoplasici si appianano con rapidità sorprendente e la cicatrizzazione si ristabilisce rapidamente.

I risultati clinici confermano i dati biologici.

Il prof. Ghilarducci documenta con fotografie i fatti da lui esposti ed alla fine della sua comunicazione riceve congratulazioni dal presidente e applauso unanime dall'assemblea.

GHERARDI. — Riporta interessanti osservazioni circa l'andamento della mortalità per tumori maligni in Italia nell'ultimo trentennio.

DE NUNNO. — Ha studiato l'azione sulla biligenesi del salicilato di sodio e della polvere di bile in cani operati di fistola biliare alla Pawlow. Ha osservato con dosi di salicilato corrispondenti a gr. 1.5 nell'uomo, diminuzione della bile, e solo lieve aumento con dosi corrispondenti a 10 gr. nell'uomo. Con la polvere di bile ha riscontrato sia con dosi corrispondenti a gr. 0.5 nell'uomo che a gr. 2, sempre diminuzione della secrezione della bile.

LEONE R. E. — *Le variazioni del tono pupillare col saggio farmaco dinamico vago simpatico nella tubercolosi.* — Dallo studio del sintomo di Löwi, e dall'azione della pilocarpina e atropina ha rilevato l'instabilità del tono nutritivo del tubercoloso e osservato come si possa con tali ricerche ottenere indicazioni utili nei riguardi della evoluzione o latenza della lesione tubercolare.

GAMMA. — *Sull'eziologia del linfogranulòma inguinale.* — Dalle osservazioni anatomopatologiche ed istologiche compiute e dalle ricerche biologiche istituite l'O. è portato a concludere che il linfogranuloma nella sua più frequente eziologia tubercolare rientrerebbe nel gruppo della tubercolosi produttiva pseudoneoplastica.

BOCCHETTI F. — *Tubercolosi polmonare e clima marino.* — L'O. parla delle indicazioni del clima marino nella tubercolosi polmonare ed espone i vari fattori climatici che determinano le reazioni biologiche nell'organismo. Inoltre egli riporta una statistica sulle varie forme di tubercolosi polmonare curate nel Sanatorio Militare di Anzio.

BOCCHETTI F. — *Risultati ematologici ed antropometrici su 3000 soldati curati nelle Colonie marine militari.* — L'O. parla di brillanti risultati ottenuti nelle 7 Colonie marine organizzate dalla Direzione Centrale di Sanità Militare nelle varie spiaggie d'Italia. Si intrattiene sulla grande importanza igienico-sociale delle colonie che mirano ad irrobustire i soldati sani ma con traccie di minorazione organica.

FANELLI Z. F. — Rileva l'importanza della prova dell'oro colloidale e del permanganato potassico nella valutazione del potere ormonico dei vari organi: riferisce le sue interessanti ricerche esponendo i risultati ottenuti circa l'apprezzamento dello stato funzionale dei vari organi.

***

Esaurito l'ordine del giorno, si alza il Presidente della Società Italiana di Medicina Interna, sen. prof. E. MARAGLIANO e rivolge ai Congressisti le seguenti parole:

Anche in questa chiusura di Congresso si è verificato lo stesso fenomeno che si verifica da 29 anni, cioè che una quantità ancora grande di comunicazioni è rimasta da svolgere. Questo è effetto anzitutto della cortesia nostra italiana; ai Congressi stranieri allorchè gli oratori si prolungano, si è rigorosi e si toglie loro la parola. Ma questo Congresso dobbiamo ricordarlo tutti, è completamente riuscito per il numero degli accorrenti per l'organizzazione. L'organizzazione, ne converrete, è stata completa in tutti i suoi dettagli, essa ha dimostrato che qui siamo in un ambiente in cui tutto il necessario vi è per fare bene le cose perchè, credete, se non vi è ambiente già preparato non si riesce con tutta la buona volontà ad improvvisare. E tutti noi italiani dobbiamo essere orgogliosi di constatare come la clinica della capitale sia all'altezza del compito che la sua posizione le assegna dinanzi alla Nazione. Noi la vediamo fornita di tutti i mezzi di indagine, troviamo che qui tutto è organizzato come dev'essere in un vero centro di studi perchè dalla mancanza di mezzi ed alla molteplicità degli istituti viene una conseguente inevitabile confusione ed insufficienza di insegnamenti. A Roma troviamo un grande istituto organizzato e fornito di mezzi atti a far si che mille, duemila frequentatori possano trovare tutto il materiale didattico e di ricerche necessario. Ciò è preferibile ad ogni forma di sminuzzamento. Questa è una considerazione fatta da me dopo una lunga esperienza di oltre quarant'anni d'insegnamento. Senza mezzi non si può fare una clinica, senza mezzi la clinica non è che una corsia di ospedale ed allora se non volete che il malato non sia studiato, se non volete dare i mezzi, moltiplicate piuttosto le corsie di ospedali: ma nessuno se ne gioverà: gli studenti e la scienza sovratutto.

Io ho visto questa clinica in tutti i suoi meati ed ho fatto i confronti, io la ho veduta nascere dall'opera di Guido Baccelli, l'opera sua è stata la creazione; la clinica doveva completarsi. Il suo successore, fedele esecutore delle intenzioni del maestro che lo conosceva, del maestro che lo ave-

va designato a tutti noi come suo successore, ha saputo attuare il pensiero di quell'Uomo il quale diceva sempre di volere non molteplicità di istituti, ma un grande istituto fornito di tutto. Ora l'abbiamo veduta crescere perfezionarsi questa clinica ed ogni anno il nuovo Direttore, il prof. Vittorio Ascoli, ha dovuto faticare per avere i mezzi, ha saputo procurarseli, ha avuto anche il coraggio di fare dei debiti, ma ha dato alla Nazione un Istituto che può far fronte a qualunque istituto del genere delle Nazioni Europee. Siamo poi ancora debitori di molta riconoscenza per questo Congresso al prof. Ascoli che ha presieduto il Comitato Ordinatore; egli ha avuto la fortuna di avere al suo fianco valenti collaboratori ed un capo di stato maggiore il prof. Sabatini ed ha saputo vincere anche questa battaglia tra le non lievi difficoltà.

Torno a dire del programma quanto ebbi a dire nella conferenza inaugurale, risulta questo da esso; che in Italia non sia trascurato alcun argomento; gli osservatori ed i ricercatori italiani hanno seguito tutta la patologia e tutta la clinica ha avuto dei cultori in ogni sua parte. È questo un argomento di grande compiacimento. Ed oltre ciò abbiamo notato come una grande quantità di medici non appartenenti all'insegnamento ufficiale sia accorsa numerosa anche da fuori. È quello che noi non vedevamo prima, ma che vedevamo negli altri paesi ove i medici vanno ai Congressi per sentire, per vedere tutto quello che rappresenta il movimento scientifico moderno. In Francia, in Germania ho visto accorrere ai Congressi per questo scopo, per queste ragioni precise ma non li ho visti purtroppo accorrere al nostro, da noi si va ai Congressi per turismo, oggi noi siamo qui presenti neppure una ventesima parte di quello che eravamo al principio del Congresso. Questo dico per l'affetto che porto per questa Istituzione che ho visto nascere e crescere. Quest'anno ne ho veduta assicurata la sua vita perchè chi ne ha cura, il prof. Vittorio Ascoli, sa curarla come ha saputo curare tutte le cose nobili e grandi che gli sono state affidate. La sua sede anche ci assicura che oggi l'istituzione sarà rigogliosa e noi prima di morire ci sentiamo confortati e lieti di questa sicurezza. Essa è vissuta perchè Guido Baccelli l'ha protetta con il suo gran nome, perchè ad essa ha dato l'appoggio della sua autorità e perchè Egli finchè è vissuto, ricordiamocelo, ha sempre seduto al Banco della Presidenza e ne ha assicurata così la continuità di azione ed il progredire. Ieri il Congresso ha acclamato la città di Milano quale sede del futuro Congresso, ho telegrafato immediatamente al Sindaco di Milano la nostra deliberazione ed egli così ha risposto: « Nessun saluto poteva riuscirmi più grato del vostro. Milano sarà lieta ed orgogliosa di essere sede del Congresso ottobre 1924. Ossequi, saluti. Sindaco: Mangiagalli ».

Questa accoglienza del sen. Mangiagalli, il quale oltre ad essere Sindaco di Milano ha contribuito del suo per dotare la sua città di Istituti scentifici, per far sì che Milano diventi un centro di studi ci deve essere doppiamente gradita. E noi saremo felici di tenere a battesimo la nuova Università che verrà ad assidersi nel 1924 nel Consorzio delle gloriose Università Italiane.

E. TRENTI.

XXX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Seduta Scentifica del 24 ottobre 1923.

Presidente: prof. R. ALESSANDRI.

Trapianti in generale e trapianti della pelle in particolare.

Relatore: Prof. G. M. FASIANI (Torino).

L'innesto di tessuto vivo può attecchire completamente.

Le condizioni dell'attecchimento completo sono in parte fondate su leggi biologiche generali, in parte contingenti.

Le leggi biologiche che regolano l'attecchimentoto si appoggiano essenzialmente sull'affinità biochimica dei tessuti e dei liquidi dell'ospite e dell'innesto; perciò la condizione più favorevole per l'attecchimento è rappresentata dal trapianto autoplastico; da questa condizione ottima si passa per gradi a condizioni sempre meno favorevoli, man mano che dall'identità individuale, attraverso alla somiglianza dei consaguinei e poi a quella più lontana degli individui della stessa specie, si giunge alla dissomiglianza degli individui di specie diversa.

La persistenza dell'innesto attecchito dipende dalla regolare funzione del tessuto innestato.

Le condizioni contingenti riguardano l'età e il grado di differenziazione e la complessità dei rapporti dei tessuti, la specie animale, la tecnica dell'innesto.

Gli innesti di tessuti vivi che non attecchiscono possono facilitare e regolare i processi della rigenerazione, fornendo adatti richiami chemiotassici e guide agli elementi neoformati dall'ospite, ed eventualmente materiali utili per la riparazione; ma il processo di autolisi cui vanno incontro nel massimo numero dei casi, turba il regolare svolgersi della rigenerazione.

A questo inconveniente, ed alla precoce scomparsa di una utile guida per la rigenerazione, si può ovviare coll'impianto di tessuti fissati con liquidi che non formino combinazione chimica con le sostanze dei tessuti e che possano essere facilmente e completamente allontanati. Questi tessuti introdotti nell'organismo vivente vengono tollerati senza reazione eccessiva, gradualmente ed ordinatamente sostituiti dagli elementi vivi dell'ospite fino alla completa e perfetta riparazione della perdita di sostanza.

***

L'innesto di pelle corrisponde anche nell'uomo in modo esatto alle leggi suesposte, e perciò per la pratica chirurgica si può affermare che il miglior mezzo di innesto della pelle è quello autoplastico fresco, mediante il quale si può ottenere la riparazione immediata perfetta e durevole della perdita di sostanza.

L'innesto omoplastico, che in alcuni mammiferi fra consanguinei attecchisce, non è consigliabile nell'uomo, perchè secondo le più recenti, nume-

rose e attendibili esperienze non riesce neppure fra individui appartenenti allo stesso gruppo sanguigno, nè fra consanguinei.

La causa della morte dell'innesto omoplastico della pelle va principalmente attribuita ad un grave disturbo circolatorio, e può essere evitata quando si assicuri al tessuto trapiantato una regolare circolazione di sangue nei primi periodi dopo l'operazione (trapianto peduncolato).

L'innesto eteroplastico non può essere applicato che come un innesto di un tessuto destinato a morire.

L'impianto di pelle fissata serve in modo analogo a quello di altri tessuti.

I trapianti dei nervi.

Relatore: Prof. A. CHIASSERINI (Roma).

I trapianti liberi di nervi (auto-omo-eteroplastici: trapianti conservati) sono stati largamente usati nell'esperimento.

Secondo alcuni tutti i trapianti si comportano ugualmente: sono in ultima analisi sostituiti da connettivo, la cui disposizione corrisponde grossolanamente all'architettura del nervo, e si presta perciò a guidare bene le fibre neoformate dal moncone centrale verso quello periferico.

Secondo altri gli auto-omo-trapianti freschi vanno incontro alla degenerazione Walleriana, e possono essere considerati come un prolungamento del moncone periferico. Costituiscono quindi il materiale più adatto per trapianto. Gli etero-trapianti freschi si necrosano, e, per alcuni, possono anche essere riassorbiti; ma dai più si ammette che siano gradualmente sostituiti da connettivo.

I trapianti conservati sono certamente sostituiti da connettivo, che però conserva una disposizione longitudinale.

Con tutte queste forme di trapianto sono state ottenute, nell'esperimento, neurotizzazioni perfette del moncone periferico e ottimi ripristini funzionali.

Non è dimostrato che con i trapianti conservati si abbiano migliori risultati che con gli auto-omotrapianti freschi.

Anche nell'uomo i trapianti di nervi sono stati spesso eseguiti, specialmente durante l'ultima guerra.

I nervi sui quali sono stati fatti più frequentemente sono: l'ulnare, il mediano, il radiale; vengono poi lo sciatico, il peroniero, il tibiale, il plesso brachiale.

Autotrapianti e trapianti conservati hanno avuto l'applicazione più larga. L'O. ne ha potuto raccogliere 373 casi. Minore gli omo-eterotrapianti. Questi ultimi risalgono quasi tutti agli anni precedenti la guerra, ed hanno dato i risultati meno buoni.

Successi veri si sono avuti tanto con gli autoomotrapianti, quanto con i trapianti conservati, ma relativamente in pochi casi. Più spesso si sono avuti dei miglioramenti: più spesso ancora degli insuccessi. Miglioramenti molto notevoli sono stati ottenuti nelle ulcere trofiche degli arti consecutive a lesioni traumatiche dei nervi.

Non v'ha dubbio che gli auto-trapianti, o almeno gli omo-trapianti freschi, sarebbero da preferirsi.

Ma la difficoltà di procurarsi questi ultimi, e la sottigliezza degli auto-trapianti rendono spesso difficile o impossibile di eseguire suture adatte fra trapianto e monconi nervosi.

L'uso di trapianti in fascio (*cable-grafts*) non risolve completamente il problema tecnico.

Gli omo-trapianti (presi da nervi omonimi dei nervi da riparare), conservati per un tempo non troppo lungo, costituiscono, in difetto di auto-trapianti adatti, il materiale più conveniente.

La tecnica del trapianto ha la massima importanza per i risultati: la congruenza delle sezioni del trapianto e del nervo leso, la preparazione di un letto di tessuti non cicatriziali intorno al trapianto, ne sono gli elementi principali.

Gli avvolgimenti protettivi sono da condannarsi.

La cura postoperatoria deve essere pertinace.

Quando non si abbiano segni di ripristino, conviene dopo qualche mese riesaminare il trapianto, e provvedere a seconda del reperto anatomico e funzionale.

Degli altri mezzi per riparare alle estese perdite di sostanza dei nervi, in modo diretto o indiretto, alcuni sono da escludere (tubulazione, sutura a distanza); altri si adattano più specialmente a casi speciali (impianto del nervo in un muscolo, neurotizzazione muscolare, anastomosi nervose).

In alcune condizioni (paralisi del radiale) si darà la preferenza ai trapianti tendinei.

In tutti i casi, prima di procedere ad un trapianto nervoso, sarà bene mettere in opera tutti quei procedimenti, che l'esperienza ha mostrato più adatti a rendere possibile la sutura diretta, anche se la perdita di sostanza del nervo è estesa.

Discussione della prima relazione.

MINERVINI (Napoli). — Fa notare che lo stesso relatore ha attenuato le sue affermazioni recisamente contrarie all'attecchimento degli innesti omoplastici. Si tratta in fin dei conti di porre gl'innesti nelle migliori condizioni circolatorie. Cadono quindi tutte le teorie chimiche e biologiche escogitate per spiegare il costante attecchimento degli innesti autoplastici.

L'O. ha avuto il 30 % di successi tanto con gl'innesti autoplastici che con gli omoplastici. Ha ottenuto anche successi trapiantando piccoli lembi di cute presi da animali della stessa specie in tasche incise nel sottocutaneo.

GARGANO. — Parla della cultura in vitro dei tessuti.

MARAGLIANO (Genova). — Non crede che in un innesto di muscolo in cui sia stato impiantato un nervo, secondo Erlacher, il nervo possa proliferare e ricostituire le placche motrici. Ricorda le sue esperienze d'impianto di nervi nelle capsule surrenali.

MORPURGO (Torino). — Ricorda le esperienze di Serra, analoghe a quelle di Erlacher: in esse, col metodo del cloruro d'oro, si potè nettamente dimostrare la rigenerazione delle placche motrici.

FASIANI (Relatore). — Risponde ai vari oratori. A Minervini dice che il successo costante ottenuto con gli autotrapianti dipende da che egli si è posto in condizioni sperimentali più adatte. A Maragliano che le esperienze di Erlacher e di Serra non possono esser messe in dubbio.

Discussione della seconda relazione.

FASANO (Asti). — In un caso di pseudartrosi dell'omero, in cui era stata previamente fatta la sutura del nervo radiale, l'O. riintervenne per curare la pseudartrosi, ed eseguì una trasposizione posteriore del nervo, per evitare il contatto di questo con una superficie ossea scabra.

CAPPELLI (Fano). — Ricorda di aver eseguito due trasposizioni anteriori del nervo cubitale, dopo aver mobilizzato i monconi per un lungo tratto, in casi in cui la perdita di sostanza era notevole. Potè così fare la sutura diretta.

LUSENA (Genova). — L'O. ha eseguito con successo la trasposizione anteriore del nervo ulnare.

CHIASSERINI (Relatore) risponde a FASANO dicendo che di solito la trasposizione dei nervi viene eseguita non dopo la sutura dei nervi, ma prima, con lo scopo appunto di permettere la sutura diretta. Bene ha fatto in ogni modo Fasano ad allontanare il nervo da una superfice ossea scabra;

a Cappelli e a Lusena, che egli ha ricordato la trasposizione dei monconi nervosi come uno dei mezzi che, solo, o combinato alla mobilizzazione e alla fissazione dell'arto in date posizioni, permette, anche in estese perdite di sostanza dei nervi, di eseguire la sutura diretta.

Comunicazioni relative alle due relazioni.

BERTOCCHI. — *Innesti di pelle fissata.* — Ha eseguito 65 esperimenti sui conigli, innestando sull'orecchio lembi (di 1-2 cmc.) di pelle fissata in alcool o in formolo. Tutti gli innesti (auto-omo-eteroplastici) si distaccavano dopo pochi giorni.

BAVIERA. — *Plastiche cutanee ed elioterapia.* — In tre casi, in cui aveva asportato tratti di cute del naso e guancia (per epiteliomi), ha ottenuto ottimi risultati con l'elioterapia, senza dover ricorrere agli innesti cutanei.

TORRACA. — Conferma l'efficacia della elioterapia in questi casi.

ALBAIQUE. — L'O. crede che si dovrebbe approfondire lo studio degli innesti di cute fetale.

TADDEI. — *Autoplastica per inversione con resezione cuneiforme bipolare nella cura delle fistole cutaneo-mucose.* — Ha trattato vari casi di fistole cutaneo mucose col processo d'invaginazione di Cathelin, che egli ha opportunamente modificato. Conviene fare vari strati di sutura introflettenti, prima della sutura cutanea.

PALMA. — *Ricerche sperimentali sul trapianto autogeno dei nervi.* — Ha studiato sperimentalmente quale importanza possa avere sul ripristino funzionale la conservazione o il cambiamento della direzione normale del segmento innestato. Avvolgeva il trapianto con una lamina di cautchuk. L'O. ha veduto che l'inversione della normale direzione agisce rendendo più difficile il ripristino sensitivo-motorio.

MORPURGO consiglia l'O. di ripetere alcune esperienze.

CHIASSERINI osserva che si tratta della ripetizione della esperienza di Bethe. È oggi dimostrato che la inversione della direzione normale nei segmenti trapiantati non modifica il risultato. Non crede che i trapianti debbano essere protetti con materiale di avvolgimento, che ne rende difficile la vascolarizzazione.

ZAPELLONI non crede che lo sciatico di cane sia adatto per lo studio della sensibilità e della motilità dopo lesioni nervose.

CAPPELLI. — *Contributo al trapianto dei nervi.* — In tre casi di vaste perdite di sostanza dei nervi ha fatto trapianti autoplastici; in 2 casi insuccesso, in 1 esito buono.

L'O. dice che, anche quando la perdita di sostanza è notevole, è spesso possibile eseguire la sutura diretta, ricorrendo a varii artifici. Il trapianto libero dovrebbe essere riservato a casi eccezionali. Bisogna però in ogni caso resecare tanto quanto è sufficiente a mettere in vista superfici nervose bene fascicolate.

MINERVINI. — Ricorda che in un caso di lesione del radiale resecò solo un piccolo tratto dei neuromi, onde poter eseguire la sutura diretta. Ebbe un ottimo risultato.

CHIASSERINI. — Conosceva 1 solo caso di trapianto eseguito da Cappelli, ed il solo pubblicato. Anch'egli è d'avviso che prima di ricorrere al trapianto debbano tentarsi tutti quegli accorgimenti, che spesso permettono la sutura diretta. Egli li ha citati nella sua Relazione.

Per ciò che riguarda la resezione completa del tessuto cicatriziale, finchè le superfici dei monconi nervosi appaiano bene fascicolate, non v'ha oggi ulteriore motivo a discussione.

MARAGLIANO. — *Trapianti peduncolati di organi ghiandolari.* — Ha eseguito esperienze su conigli e cani. In seguito al trapianto peduncolato dei testicoli le cellule interstiziali aumentano di volume, i canalicoli si conservano, l'elemento seminale subisce una lenta atrofia. L'epididimo si conserva bene. Il trapianto peduncolato del testicolo riesce quindi assai meglio che non il trapianto libero.

Gli stessi risultati si hanno con il trapianto peduncolato di ovaia, che egli ha fatto eseguire al suo aiuto DELFINO: numerosi follicoli si conservano.

BRANCATI. *Cranioplastica.* — Presenta un paziente prima sofferente di ripetuti attacchi di epilessia Jacksoniana sopravvenuta in seguito a frattura della volta cranica. L'O. l'ha operato di cranioplastica col metodo a strati del prof. Alessandri. Gli attacchi di epilessia sono scomparsi. L'O. dimostra delle radiografie del caso.

Seduta del 26 ottobre 1923.

Comunicazioni sulla chirurgia delle vie biliari.

DONATI. — *Sulla chirurgia delle vie biliari.* — Si dichiara favorevole alla chiusura per prima delle pareti addominali, dopo colecistectomia. Se ne astiene solo in alcuni casi (rotture della cistifellea durante l'ectomia, ecc.). In qualche caso, anche il drenaggio non funziona, non solo, ma dopo tolto, si ha talora fuoriuscita di discreta quantità di bile che aveva ristagnato; oppure il drenaggio è stato tolto così presto da far dubitare della sua efficacia.

MARINELLI. — *Colecisto-gastro e colecisto-enterostomia sperimentali.* — Sperimentalmente la colecisto-gastrostomia è preferibile alla colecisto-duodenostomia. Sempre il coledoco si è dilatato a formare un piccolo serbatoio. Da riprovarsi la colecistocolostomia.

GALLI. — *L'esame frazionato del succo gastrico dopo interventi operativi sullo stomaco e sulle vie biliari.* — Con la sonda di Einhorn non si trovano alterazione della curva della secrezione gastrica: invece dopo la g. e. verticale ad ansa non troppo breve si vede aumento dell'attività motoria e riflusso di bile, ma assai meno frequentemente il riflusso del secreto pancreatico.

DISCUSSIONE.

PARLAVECCHIO. — La colecistectomia è operazione assai più grave della colecistostomia, con la quale si può curare anche la causa della calcolosi. Si può eseguire giornalmente il cateterismo del coledoco: dopo alcuni giorni si raschierà la colecisti, dopo aver guarito la stenosi e l'inginocchiamento del cistico. Non può ammettere che le alterazioni della mucosa della cistifellea non possano guarire. Quindi si toglie la cistifellea quando si deve, ma in rari casi si può conservare (casi di malati gravi).

CROSTI. — Gli AA. tedeschi si servono della colecistectomia ideale nel 75 % dei casi, che si può eseguire tenendo presenti speciali accorgimenti tecnici: ma bisogna tener conto dei canali e dotti aberranti. Quando non ce se ne accorge, la bile può fuoriuscire in secondo tempo, e quindi rimangono a temere le inondazioni di bile nel peritoneo. Coprire bene il cistico, condizione indispensabile per la colecistectomia ideale. Domanda quale deve essere la condotta operatoria nei calcoli della Papille di Vater.

MAJOCCHI. — Si dichiara favorevole (rispondendo a Crosti) alla coledocotomia transduodenale, per evitare le difficoltà da aderenze e il pericolo di ledere la porta.

DONATI. — L'O. ha fatto la coledocotomia transpancreatica in un caso di calcolo della porzione retroduodenale del coledoco. Ha fatto in tale occasione anche la colecistectomia. Sutura per prima. Il caso è singolo, ma è andato bene.

DOMINICI. — *Ricerche sperimentali e cliniche sulle alterazioni del parenchima epatico nelle colecistiti acute.* — Si tratta di ricerche fatte da pochi, tra cui il Borghi. Dice che bisognerebbe foggiare la funzione del fegato prima delle operazioni sulle vie biliari. Iniettava i germi nella cistifellea, previa legatura del cistico: nei casi in cui si è avverata la colecistite si sono trovate costantemente alterazioni della cellula epatica, consistenti in degenerazioni e necrosi.

Probabilmente si tratta di diffusione diretta del processo colecistico al fegato traverso le vene porte accessorie. Le stesse alterazioni ha trovato in due casi di colecistite nell'uomo. L'O. illustra la sua comunicazione con proiezioni.

BORGHI. — Ha trovato le stesse alterazioni del fegato, ma in vicinanza del letto cistico.

MAJOCCHI. — *La calcolosi dei dotti biliari intraepatici.* — Nel 1911 l'O. ha eseguito un'epaticotomia esterna per calcoli dell'epatico.

Quest'anno ha avuto un altro caso di calcolosi dell'epatico in cui ha pure fatto l'epaticotomia. In questo caso non esistevano calcoli della cistifellea, e ciò dimostra che può esistere una calcolosi intraepatica senza che ne esista una nei dotti extraepatici. Il calcolo era incuneato nell'epatico.

LATTERI. — *Sulla rigenerazione della colecisti. Ricerche sperimentali.* — Ha fatto esperienze sulla asportazione della mucosa della cistifellea, e riempimento con lembo di omento. Si ottiene la ricostituzione di una nuova cavità rivestita da epitelio cilindrico.

SERAFINI. — Dice di aver fatto esperienze analoghe.

OLIANI. — *Risultati di interventi sulle vie biliari* (oltre 200 casi personali). — Esperienza personale di 11 anni. Ha avuto nella calcolosi cistica mortalità del 6 %, in quella delle vie biliari intra ed extraepatiche il 25 %. In molti casi, specialmente negli ultimi anni, ha fatto la chiusura *per primam.* Opera d'urgenza in casi di occlusione acuta del coledoco.

BAGOZZI. — Su 491 casi di occlusioni intestinali ne ha trovati tre da calcoli biliari. Dimostra tre grossi calcoli. Uno di essi si eliminò per la vagina; due furono estratti all'operazione.

VIGNOLO. — Ricorda un caso di occlusione acuta da calcolo biliare, con esito buono.

PIERI. — Riferisce un altro caso di ileo da calcolo biliare da lui operato nel 1920, con successo

CAPPELLI. — Ha operato un caso di migrazione di calcolo dalla cistifellea nello stomaco.

Comunicazioni diverse.

CACCIA. — *La legatura laterale nell'aneurisma traumatico artero-venoso nella sua varietà di fistola artero-venosa o varice aneurismatica.* — L'O. riferisce un caso da lui operato con successo sei mesi or sono, e presenta il paziente.

NASSETTI. — *Sugli esiti remoti delle autoplastiche peritoneali per cura delle membrane pericoli-*

che. — Ha seguito e studiato dopo parecchio tempo (1-6 anni) 60 individui operati di appendicectomia con plastiche alla Taddei di membrane pericoliche. Tratteggiata brevemente la tecnica dei tre tipi di plastica: per scorrimento, per inversione, per sezione, e riassunti i dati statistici, prende in esame le osservazioni generali più importanti intorno agli esiti remoti. Sono scomparse le crisi di dolore, il meteorismo ciecale o ciecocolico, la sensibilità e la doloribilità alla pressione, scomparsa la stitichezza ostinata. Con esami radiologici fatti in molti degli operati si potè dimostrare la scomparsa di quei vizi dell'intestino che erano la principale causa della malattia ed una più rapida progressione del pasto di bario. In alcuni casi, essendo gravi le alterazioni di forma e di posizione dell'intestino, il risultato non fu completamente soddisfacente.

MATTOLI. — Alcune membrane pericoliche non dànno disturbo. Se però le membrane sono fibrose ed estese le plastiche non sempre dànno successo. Crede che in certi casi in cui si ha insuccesso si debba fare l'ileo-trasversostomia non l'ileo-sigmoidostomia, come crede Taddei.

JURA. — *Sulla mesenterite retrattile.* — Illustra un caso di mesenterite e mesocolite retrattile, occorso in un giovane di 23 anni, nel quale le ricerche biologiche, sierologiche ed istologiche facevano escludere trattarsi di lesioni tubercolari o sifilitiche. A proposito di tale caso l'O. insiste nel ritenere che tutte le forme di retrazioni dei meso da tubercolosi, da sifilide o da attrbuirsi ad agenti infettivi o meccanici e con lesioni limitate non abbiano da essere noverati tra quei casi di mesenterite retrattile, di cui il quadro clinico vero presenta la maggiore importanza, sebbene non ancora definita.

BATTAGLIA. — È d'avviso che la tubercolosi cronica fibro-epiteliale del peritoneo sia più frequente di quanto non si creda.

FACCINI. — *Ricerche sperimentali sulla mesenterite sclerosante.* — L'O. ha eseguito ricerche sperimentali sulla rete linfatica del mesentere, servendosi d'iniezioni d'inchiostro di china. I linfatici sembrano arrestarsi in corrispondenza delle chiazze di mesenterite fibrosa.

CHIASSERINI. — A proposito del caso di Jura e delle ricerche di Faccini ricorda un caso di mesenterite-mesoite e omentite retrattile da lui operato. Le prove biologiche facevano escludere che si trattasse di lesioni tubercolari. Il versamento riprodottosi acquistò il carattere delle asciti chilose.

CASCINO. — Riferisce un caso da lui operato di *omentite cronica fibroplastica.* L'etiologia è oscura.

PARLAVECCHIO e LATTERI. — Intervengono nella discussione del caso comunicato da Cascino. Quest'ultimo, che ha eseguito anche ricerche sperimentali, dice che nel caso di Cascino si trattava probabilmente di omentite tubercolare.

FALCONE. — *Pneumatosi cistica dell'intestino.* — Ne riferisce un caso. Per l'etiologia crede che abbia importanza la presenza da lui constatata di accumuli linfatici con accenno di fissurazione.

26 ottobre 1923.

Seduta pomeridiana.

EGIDI. — *Sull'ulcera del digiuno consecutiva a gastroenterostomia.* — Riferisce su tre casi di ulcera peptica del digiuno seguita a gastroentrostomia, sottoposti ad atti operatorii e mette in evidenza la gravità di un'affezione la quale richiede una terapia diretta ad asportare le parti dei visceri malati ed a curare la disposizione al male ripristinando la normale congiunzione dello stomaco con l'intestino oppure resecando ampiamente lo stomaco e riunendo i visceri nel modo che più si avvicini al normale.

BAGGIO. — Si occupa dell'ulcera digiunale sperimentale; l'ha ottenuta nei cani con esclusione pilorica, non l'ha ottenuta con la resezione pilorica. Fa distinzione fra esclusione del piloro e interruzione della continuità, e tra le varie estensioni di resezione del piloro. Tale problema è complesso... Oggi per evitare l'ulcera digiunale si può dire che è bene resecare la pars pilorica, o almeno far la g. e. senza esclusione pilorica.

MATTOLI. — Non ha mai osservato ulcere digiunali, anche nei casi di esclusione pilorica.

BASTIANELLI e CAPPELLI. — Fanno le stesse osservazioni di Mattoli.

ALESSANDRI. — Non si può negare l'esistenza dell'ulcera peptica del digiuno. Ne ha operato un caso anche oggi. Come cura: possibilmente ristabilire la continuità normale dello stomaco, quando ciò è possibile. Altrimenti fare una resezione ampia dello stomaco. Riferisce anch'egli un caso di ulcera peptica in cui dovette intervenire tre volte.

PARLAVECCHIO. — Sia sperimentalmente che clinicamente l'esclusione pilorica fatta col suo metodo non espone al pericolo dell'ulcera peptica del digiuno.

B. ROSSI. — *Sulla tecnica della resezione intestinale.* — Esteriorizzata l'ansa e fissati i punti su cui deve cadere la resezione fa subito la sutura del peritoneo posteriore. Immette in un tratto di ansa un mezzo bottone e lo fa passare distalmente. Applica il suo schiacciatore e seziona col cauterio. Passa una sutura a borsa e tira i fili che annoda. Lo stesso fa dall'altra parte. Fa sporgere le due metà dei bottoni, cauterizza in corrispondenza, e anastomosa le due metà. Fa anche un leggero sopragitto intorno al bottone. Ha operato con buon esito sette casi (anastomosi colo-coliche, ileo-coliche, del tenue). Illustra con proiezioni.

F. ROSSI. — Domanda perchè usa il bottone.

CHIAROLANZA. — Ricorda che Pauchet ha pubblicato qualche cosa di simile.

Dice che il bottone ha qualche inconveniente. Massima importanza ha l'assicurare una buona vascolarizzazione dei tratti da anastomosare.

MATTOLI. — Ripete le osservazioni di Chiarolanza. È assai diffidente verso l'uso del bottone, specie per le anastomosi colo-coliche.

PARLAVECCHIO. — È contrario all'uso del bottone specie per le anastomosi colo-coliche. Rivendica il merito del suo metodo asettico.

B. ROSSI. — Risponde agli OO.

ZANIBONI. — *Sulle stenosi duodenali da causa estrinseca.* — L'O. analizza le cause di stenosi cronica sotto-vateriana da cause estrinseche ed a proposito della compressione riferisce di ricerche sperimentali che gli consentono di concludere che a stenosi di leggero grado il duodeno reagisce con iperfunzionalità motoria delle sue tonache muscolari, ma ad un aggravamento della stenosi si ha il primo manifestarsi della sindrome clinica di scompenso da stenosi.

Ricorda come la duodeno-digiunostomia sia la cura di elezione perchè più razionale della g. e. realizzando un drenaggio decline.

Riferisce in fine come il suo maestro. prof Donati l'abbia praticata per primo in Italia con esito favorevolissimo.

PARLAVECCHIO. — *Tecnica della gastrostomia.* — Ha studiato sperimentalmente un metodo di gastrostomia col quale viene isolato per scollamento un cappuccio di mucosa e sottomucosa.

DONATI. — Ha eseguito tale metodo sull'uomo con buon risultato.

NICASTRO. — *Sull'inginocchiamento dell'appendice. Ricerche sperimentali.* — Esperienze sul cane: inginocchiamento della parte distale con punti di catgut. Si ha edema e replezione dei vasi, talora limitate zone d'infiltrazione leucocitaria. Dopo circa 30 giorni queste alterazioni scompaiono. In seguito si ha ipertrofia di tutte le tuniche. Non si sono avute flogosi.

ROMANI. — *Studio sulle secrezioni psicoriflesse dello stomaco dell'adulto.* — L'O. riportandosi alle esperienze eseguite in precedenza dal Pawlow sugli animali ha cercato di trasportarle sull'uomo. Essendogli capitata un'occasione favorevole ha potuto fare ricerche di tal genere ed è pervenuto alle seguenti conclusioni:

1) non esiste nell'uomo una secrezione psichica;

2) esiste invece una secrezione psicoriflessa;

3) l'adattamento dei succhi alla digeribilità degli alimenti si nota prima ancora che gli alimenti giungano nello stomaco.

ALOI. — *Enorme cisti emorragica da milza succenturiata.* — Caso clinico con dimostrazioni di microfotografie.

DI GIORGIO. — *Contributo allo studio della guarigione delle ferite della milza.* Studio sperimentale. — In alcuni casi la ferita era ricoperta con omento, in altre no. Manca qualsiasi accenno di rigenerazione dell'organo. Quando vi si immette omento, si ha una formazione di tessuto linfatico probabilmente derivante dall'omento.

SORRENTINO. — *Interventi nelle lesioni traumatiche del rene.* — Statistica dell'Ospedale dei Pellegrini comprendente 134 casi di lesioni renali: 72 contusioni; 24 ferite da punta e taglio; 38 ferite da arma da fuoco.

M. BUFALINI. — *Sulla torsione intraaddominale dell'omento.* — L'O. riferisce due casi di torsione intraaddominale dell'omento. Insiste sul poco valore che si può dare alla presenza o meno della leucocitosi per la diagnosi differenziale da un processo infiammatorio a sede appendicitico; e sulla utilità invece dell'indagine radiologica.

F. ROSSI. — *L'estirpazione dei gangli lombari nella castrazione per cancro del testicolo.* — Caso di tumore misto del testicolo con trasformazione epiteliomatosa, in cui fece l'emicastrazione e la asportazione dei gangli lombo-aortici.

Raccomanda l'operazione radicale.

VIGNOLO. — Ha operato 4 casi di neoplasma maligno del testicolo col metodo radicale esposto dal Rossi.

TORRACA. — *Ricerche fisio-patologiche sugli innesti arterio-arteriosi autoplastici.* — Fa notare come nello studio degli innesti vasali sia stato fino ad ora seguito un indirizzo esclusivamente morfologico; egli ha pensato invece di iniziare uno studio fisio-patologico degli innesti arterio-arteriosi autoplastici. A questo scopo ha eseguito sui cani il reimpianto di un segmento di carotide e a vari intervalli di tempo ha esaminato la contrattilità adrenalinica dei pezzi trapiantati paragonandola a quella dell'arteria porta-innesto. Da queste esperienze è risultato che in un primo tempo la capacità degli innesti a rispondere allo stimolo adrenalinico diminuisce moltissimo e forse scompare addirittura, mentre in seguito essa tende a risalire verso la norma.

Per la interpretazione di questi fenomeni bisogna escludere che si tratti di alterazioni delle fibrocellule muscolari della media e si deve pensare invece che l'alterazione sia invece a carico degli ordegni neuro-muscolari, attraverso i quali, come è noto, l'adrenalina agisce sulle pareti vasali.

S. DENTICI. — *La genesi dei tumori sperimentale da catrame.* — L'O. ha sperimentato su 86 topini, 30 ratti e 25 cavie sottoposti per lungo tempo all'azione del catrame minerale o vegetale. Produzioni epidermiche verrucose e neoformazioni atipiche si ottennero in 16 degli animali più a lungo sopravvissuti al trattamento; in due soli casi si ebbe lo sviluppo di neoformazioni che avevano tutto l'aspetto morfologico e biologico dei tumori maligni. L'O. sostiene che la genesi dei tumori da catrame, oltre allo stimolo irritante locale, che desta e mantiene una proliferazione nella sede, debba attribuirsi anche ad un fattore biochimico di natura umorale, costituito sulla base della senescenza, e degli squilibri provocati dalle lesioni determinate dal catrame, fattore che permette alle proliferazioni di assumere tipo blastomatoso.

L'O. illustra la comunicazione con proiezioni di preparati microscopici.

Prendono la parola nella discussione della comunicazione Chiarolanza, Fichera, Battaglia.

SIMEONI. — *Plastiche vasali con lembi di aponevrosi e di peritoneo.* — L'O. dopo aver ricordato le plastiche fatte da altri AA. riferisce i suoi esperimenti concludendo che colle plastiche peritoneali si possono ottenere buoni risultati dal lato della permeabilità del vaso e della reintegrazione anatomica della zona d'innesto.

GARGANO. — *L'azione del radio sugli epiteliomi cutanei.* — Esperienze eseguite nella clinica chirurgica di Napoli. Dimostrazioni di disegni e microfotografie.

COLLICA. — *Illustrazione di una singolare lesione traumatica della tibia.* — Caso clinico.

27 ottobre 1923.

BENEDETTI (*Catania*). — *Localizzazioni chirurgiche amebiasiche:*

a) l'importanza dell'esame delle feci per la diagnosi di appendicite amebica;

b) contributo allo studio degli ascessi epatici amebiasici autoctoni.

L'O. nel mentre conferma l'esistenza di focolai amebiasici autoctoni in Sicilia riferisce su quattro casi di appendicite cronica di natura amebiasica, dei quali uno guarito con l'operazione, gli altri tre con la sola cura emetinica. Insiste sull'importanza dell'esame sistematico delle feci negli ammalati di disturbi gastro-intestinali cronici con sindrome appendicolare per la diagnosi e cura delle forme amebiasiche.

Inoltre riferisce su un caso di ascesso epatico amebiasico. Nel pus del quale furono riscontrate amebe in fase cistica e nel quale si rese necessario l'intervento chirurgico per l'inefficacia della cura emetinica.

DELITALA. — *Estesa resezione della tibia e perone per osteosarcoma e trapianto osseo libero.* — Trapianto di 15 cm. di perone dopo resezione della tibia e perone per osteo-sarcoma. L'operazione data da un anno e il risultato è stato buono. L'O. dimostra delle radiografie del caso.

ASCOLI. — *Aneurisma traumatico della radiale.* — L'aneurisma era sorto in seguito ad esercizi atletici che il paziente eseguiva da un certo tempo. L'esame istologico dimostrava che probabilmente la dilatazione aneurismatica, a concamerazioni, si era iniziata in seguito a lacerazione dell'intima.

DEL TORLO. — *Azione delle tossine piogene sul processo di guarigione delle fratture.* — Partendo dalla constatazione che nelle osteomieliti si hanno spesso fatti di iperostosi, ha iniettato emulsioni di stafilococci uccisi a livello di un focolaio di frattura. Le esperienze erano eseguite sul radio dei conigli fratturato. Ha notato una notevole azione eccitante sulla proliferazione ossea.

PIERI. — *Cura della tubercolosi del gomito con la resezione.* — Ha studiato 18 malati di resezione del gomito (16 di Bastianelli, 2 suoi).

Incisione di Park; fare la resezione; asportare i tessuti malati; cauterizzare; toccare con acido fenico; sutura lasciando un piccolo drenaggio.

Arto in estensione; dopo 10 giorni arto ad angolo retto e mobilizzazione. In 15 casi guarigione *per primam.* Pei risultati lontani su 13 malati seguiti 10 erano guariti, 3 avevano avuto recidive. In 8 casi movimenti ben conservati, 1 caso di gomito ciondolante.

DE FRANCESCO. — *Risultati delle cure elio-marine alla spiaggia di lido nelle tubercolosi ossee.* — L'O. è contrario in linea generale all'intervento chirurgico nei casi di tubercolosi osteo-articolare. Si ottengono ottimi risultati con la cura elio-marina.

FASANO. — *Cranioplastiche alla Righetti.* — Brevi note desunte da una statistica di cranioplastiche alla Righetti.

Per ciò che riguarda la tecnica l'A. pratica l'intervento in anestesia locale, con l'aggiunta di qualche cmc. di soluzione di adrenalina alla soluzione anestetica ottiene di poter operare senza peri-emostasi alla Krause od all'Heidenein.

Particolarità sulla casistica: Due casi di lesione del seno longitudinale superiore trattati con il tamponamento nei quali, nonostante il tamponamento prolungato, il metodo fu eseguito nella sua completa integrità.

Due casi di ernia cerebrale che stanno a dimostrare *per i primi* l'utilità del metodo in questi casi per quanto sia stato teoricamente sconsigliato dal Solieri, il quale preferì in questi casi il lembo alla Müller-Konig.

CHIASSERINI. — Crede che nei casi di frattura esposta della volta cranica, quando si possa operare nelle prime ore dopo il trauma, convenga fare primitivamente la plastica osteo-periostea della perdita di sostanza. In 5 casi così trattati ha avuto sempre buoni risultati.

PARLAVECCHIO. — Ricorda il recente processo del suo aiuto prof. Cinquemani, il quale per ricoprire la perdita di sostanze si serve di un lembo a ponte, a tutto spessore, contenente delle bratte ossee. Questo lembo che ha il grande vantaggio di una ricca doppia sorgente di nutrizione può utilizzare il vantaggio di quelli che applicano su osso e cervello un lembo di aponevrosi. Il risultato clinico del solo caso in cui è stato adoperato è stato soddisfacente.

COLLICA. — Fa delle brevi osservazioni.

CHIAROLANZA. — *Anchilosi temporo-mandibolare.* — Bisogna decidere caso per caso per l'artroplastica o la resezione in anchilosi temporo-mascellari. Nel caso dell'O. (anchilosi temporo-mandibolare in una giovane) egli ha fatto una resezione e interposizione di un lembo di aponevrosi, e in seguito, essendosi riprodotta l'anchilosi, una resezione ampia e altra interposizione di un lembo di massetere; rapida mobilizzazione. Risultato funzionale buono e modificazione anche della forma ad uccello del viso.

DELITALA. — Crede che la cosa più utile sia la resezione della branca montante.

EGIDI. — Ricorda un caso operato dal prof. Alessandri con resezione di un tratto del condilo senza interposizione. Risultato funzionale buono.

F. S. BRUNO. — *Una famiglia neoplastica.* — Dopo aver accennato a quanto si rileva dagli AA. sulla teoria della ereditarietà del cancro, l'O. presenta lo schema di una famiglia in cui da padre immune, che però ha avuto 2 sorelle morte per cancro, si sono avuti 7 figli, sei dei quali sono morti per cancro.

CICALA. — *La lipomatosi arborescente articolare sistemica.* — Riferisce sopra un caso nuovo di ma-

lattia sistemica: la lipomatosi arborescente di tutte le articolazioni degli arti, da mettere forse in rapporto con disturbi dell'apparato endocrino caratterizzati da un disquilibrio oncogeno della lipogenesi.

MATRONOLA. — *Tumori maligni multipli di specie diversa nello stesso individuo.* — L'O., dopo aver accennato ai criteri per definire la molteplicità dei tumori e alle sue varietà, riferisce il numero dei casi riportati nella letteratura di tumori maligni multipli di specie diversa in organi diversi nello stesso individuo e illustra un caso osservato nella Clinica Chirurgica di Roma di epitelioma della mammella e mixosarcoma del piede esistenti contemporaneamente in una donna di 72 anni.

DOMINICI. — *Simpaticectomia periarteriosa.* — Descrive i fenomeni che si verificano nell'uomo dopo simpaticectomia periarteriosa. L'O. l'ha applicata in 5 casi (4 di ulcere trofiche e 1 di ulcera varicosa). Descrive la tecnica della simpatocectomia e i fenomeni immediati e lontani, che ne conseguono. I risultati nei casi di ulcere trofiche sono stati buoni, mentre l'ulcera varicosa si è riprodotta. Dimostra un paziente, già sofferente di ulcere perforanti, e dall'O. operato di simpaticectomia periarteriosa.

PIERI. — Ha fatto simpaticectomie periarteriose in 4 casi: 2 ulcere perforanti e 2 casi di disturbi trofici con dolori gravi. Risultati immediati buoni, specie per ciò che si riferisce alla scomparsa dei dolori.

PARLAVECCHIO. — Ricorda qualche caso di simpaticectomia periarteriosa. Ne ha avuti buoni risultati; si hanno buoni risultati, in questa specie di alterazioni trofiche, anche dalla radioterapia.

CROSTI. — Fa notare che alla simpaticectomia è bene associare anche il trattamento locale. Alla quale osservazione anche DOMINICI si associa.

LEONE. — *Comportamento del timo nell'etero- e nella cloronarcosi.* — Negli animali (conigli e gatti) sottoposti sia ad un'unica seduta di eteronarcosi, che a parecchie sedute, fino a 15, le alterazioni sono trascurabili e variano da una lieve vasodilatazione ad una leggera diminuzione dei timolinfociti.

Negli animali dello stesso peso e, possibilmente della medesima figliata, sottoposti a cloronarcosi, le alterazioni sono caratterizzate, anche dopo poche sedute anestetiche, da un'intensa iperemia vasale con infiltrati emorragici, fino ad un'involuzione patologica di alto grado della glandola dopo parecchie sedute cloro anestetiche (8-10).

MAGRASSI e CROSTI fanno osservare che il cloroformio è ben tollerato dai bambini.

MAGRASSI. — *Sulla pleurite purulenta. Esiti lontani di interventi chirurgici.* — Su 200 bambini con pleurite purulenta ha fatto sempre la resezione costale ampia. Mortalità: 9 %. In 7 casi dopo puntura esplorativa ha avuto riassorbimento spontaneo dell'essudato. Su 73 operati da molti anni, 61 hanno dato loro notizie; 54 stanno bene. Anche la funzione polmonare è buona.

PUTZU. — *Un caso di micetoma del piede.* — Riferisce un caso di micetoma del piede sinistro osservato in un ragazzo di 16 anni nato e mai assentatosi da Cagliari. La lesione che aveva tutto l'aspetto suggestivo del Piede di Madura s'era iniziata a 9 anni ed aveva avuto un decorso lentissimo fino a 2 anni avanti, quando, dopo una contusione, acquistò notevole volume. Il piede diventò deforme e doppio del destro e su di esso comparvero noduli multipli, ricoperti da cute molto ispessita e cosparsa di piccole vescicole che davano luogo a ulcerazioni crateriformi, superficiali, le quali si riparavano residuando piccole cicatrici ipertrofiche, notevolmente pigmentate in bruno.

I noduli contenevano numerosissimi granuli giallicci che seminati in varî terreni dettero luogo a sviluppo di colonie actinomicotiche e che tali si riscontrarono anche all'esame microscopico.

Macroscopicamente e istologicamente la lesione presentava i caratteri dell'actinomicosi tipica.

Il presente e l'11° caso di micetoma del piede osservato in Europa, l'8° in Italia, il 3° in Sardegna. In quest'isola, una delle regioni europee più vicina ai Tropici, pare ne esistano altri casi e l'O. si propone di fare ulteriori ricerche in proposito.

VIGNOLO. — *Voluminosa ernia inguino-scrotale destra strozzata: Strozzamento rotatorio intraddominale del tenue con gangrena di oltre 3 metri di intestino. Enterectomia; guarigione.* — Stabilite le diverse modalità di strozzamento comune delle ernie, accenna alla possibilità dello *strozzamento* per sola *torsione del mesentere* nell'addome come è il caso che riferisce. Si tratta di un individuo di 63 anni in cui lo strozzamento si era stabilito 13 ore prima dell'intervento. All'operazione si constatò gangrena non solo delle anse del tenue allogate nello scroto, ma la gangrena di tutto l'ileo. La causa era data da una rotazione di 2 giri sul segmento dell'asse mesenteriale che sostiene l'ileo. La resezione ha interessato metri 3.40 d'intestino, da 5 cm. dal suo imbocco nel ceco in alto. Risultato immediato e definitivo favorevolissimo.

PERRUCCI. — *Aneurisma traumatico dell'arteria femorale superficiale e profonda.* — Caso clinico. Allacciatura delle due femorali: guarigione.

MÜLLER-GALLI. — *Importanza chirurgica dell'azione sterilizzante dei raggi ultravioletti.* — Da numerose esperienze eseguite nella Clinica Chirurgica di Padova l'O. si è convinto che l'azione sterilizzante dei raggi ultravioletti è notevole. È necessario però continuarne lo studio, per poter arrivare a conclusioni pratiche.

DI GIACOMO. — *La terapia degli ascessi tubercolari col jonizzatore elettrolitico.* Ne ha ottenuto buoni risultati. Dimostra l'istrumento.

RICCIO. — *Vaccinoterapia delle infezioni chirurgiche a decorso subacuto e cronico.* — Ha fatto ricerche su ammalati d'infezioni stafilococciche delle parti molli. Nei casi a decorso cronico mancano reazioni immunitarie generali. In seguito alla vaccino-terapia è agevole constatare nel siero la presenza di sostanze reattive specifiche, prima mancanti del tutto.

A. CHIASSERINI.

Il Congresso della Società italiana di Urologia.

(Roma, 27 ottobre 1923).

Sono convenuti da ogni parte d'Italia numerosi i congressisti, tra i quali notati il prof. on. Pascale, il prof. U. Gardini, il prof. Muscatello, il prof. M. Donati, il prof. C. Bruni, il prof. S. Rolando, il prof. N. Carraro, il prof. Bonanome, il prof. G. Negro, il prof. Tardo, il prof. Saviozzi, il prof. Lilla, il dott. Melanotte, il dott. Bevacqua e tanti altri dei quali troppo lungo sarebbe l'elenco.

Siedono al banco della Presidenza il prof. G. Nicolich e il prof. R. Alessandri. Il Presidente portò il saluto inaugurale ai presenti e dichiara aperta la seduta. Espletato il bilancio consuntivo, eletti i nuovi soci, approvate alcune aggiunte al Regolamento, ed alcune proposte della presidenza in riguardo al Congresso internazionale di Urologia che verrà tenuto in Roma nell'aprile venturo, viene concessa la parola al prof. Pirondini e poi al prof. Raimoldi sul tema argomento di relazione: *L'esame della funzione renale*. Il prof. Pirondini svolgendo il tema:

Sull'esame della funzione renale

così ha riassunto le sue conclusioni:

I. — Negli individui affetti da malattie urinarie di ordine chirurgico l'alterazione più importante della funzione renale è quella dell'eliminazione ureica. Le eliminazioni idrica e clorurica assumono un minor valore, e infatti neppure l'indice refrattometrico ha una vera utilità.

II. — La misura della pressione arteriosa mediante l'oscillometro è un indice indiretto di funzione renale.

L'ipertensione è rara nei renali chirurgici.

È più frequente nei prostatici nei quali però la sua presenza non sempre impone una prognosi nettamente più riservata (ipertensioni puramente arteriose); nè sempre la sua assenza può indurre a una prognosi migliore.

Comunque, l'ipertensione è importante a conoscersi anche quale fattore predisponente alle emorragie post-operatorie immediate e tardive.

III. — Il potere di concentrazione è un indice fondamentale di funzione renale; solo, non è facile il suo studio.

Dei varii metodi, quello delle densità orarie che ho indicato, e che porta a conoscere anche le massime oscillazioni delle densità è estremamente semplice; però dà risultati forse più utili per il medico pratico che per l'urologo.

Lo studio orario delle densità non ha gran valore nei renali chirurgici, nei quali la lesione di un sol rene può di molto abbassare la concentrazione dell'urina globale.

Ha valore più grande nei nefrectomizzati e specialmente nei prostatici, nei quali, per lo più le lesioni renali sono bilaterali, e nei quali può essere un indice quotidiano del miglioramento funzionale durante la preparazione all'enucleazione dell'adenoma. Nei prostatici l'abbassamento del potere di concentrazione è la causa più importante di fragilità.

IV. — L'azoturia sperimentale può dare risultati molto importanti specialmente per lo studio della funzione renale globale.

In questa prova la somministrazione dell'urea per via intravenosa teoricamente dovrebbe apportare una precisione assai più grande al metodo; invece tale modificazione lo rende inapplicabile alla clinica.

V. — L'azotemia e la costante di AMBARD hanno veramente capitale importanza per lo studio della funzione renale; però la costante può utilmente sensibilizzare l'azotemia solo quando questa oscilla in limiti per così dire intermediari.

Questi metodi possono applicarsi solo allo studio della funzione birenale.

Nei prostatici la costante non sempre è possibile.

Nei renali la è quasi sempre poichè in tali infermi le derivazioni urinarie si praticano più raramente che nei prostatici; però può accadere che un rene estremamente leso elevi un poco la costante abbassando eccessivamente la concentrazione dell'urina globale.

La costante di VAN SLYKE non ha speciali superiorità su quella di AMBARD: così pure non sembra che la raccolta delle 24 ore possa aumentare di molto il valore di entrambe.

Per la più opportuna scelta di tali modalità si distinguerà caso per caso.

VI. — La prova della ftaleina è una indiretta espressione della costante, specialmente se eseguita per via intravenosa. Infatti, dà a sua volta risultati costanti mentre la velocità circolatoria tende a limitare il suo effetto assai più alla rapidità di eliminazione che alla quantità eliminata.

L'abbassamento fino a infimi valori della quantità di ftaleina iniettata per via intravenosa non sensibilizza il metodo, pur contribuendo a modificarne la concezione nel senso di metodo indiretto per lo studio del potere di concentrazione.

La prova ftaleinica è applicabile anche allo studio funzionale comparativo; ma non sempre per tal fine ha una reale utilità; ancora meno spesso una necessità assoluta.

Nella determinazione della ftaleina possono intervenire non poche cause di errore alcune intrinseche al metodo colorimetrico in genere, altre più propriamente a determinati colorimetri. È probabile che il metodo spettrometrico possa renderla non solo più semplice, ma anche più precisa.

VII. — La tensione carbonica nell'aria espirata alveolare (indice di acidosi), ha una grande importanza poichè il suo abbassamento è indice di disquilibrio acido-alcalino che è fattore di aggravamento prognostico.

Veramente l'abbassamento dell'indice di acidosi può dipendere anche da cause extrarenali, ma ciò poco importa poichè per l'indice di acidosi si può ripetere quanto fu detto pel refrattometrico e per l'azotemia: spesso in tali casi quello che più importa è la presenza del disquilibrio; il voler giungere a qualunque costo a sapere con precisione per quali cause vi è non sempre aumenta il valore prognostico derivante dall'esistenza dell'effetto.

Comunque, se cause extrarenali d'ipotensione carbonica potranno essere escluse, è ancora più se contemporaneamente le altre prove funzionali ri-

sulteranno alterate, l'abbassamento dell'indice d'acidosi diverrà un altro dato prezioso di funzione renale.

L'ipotensione carbonica è più propriamente l'indice delle alterazioni funzionali minacciose.

VIII. — In chirurgia urinaria le più frequenti applicazioni dell'esame funzionale si riferiscono all'enucleazione dell'adenoma prostatico, e alla nefrectomia.

Nei prostatici le indagini più utili anche perchè fattibili a ogni fase dell'intervento chirurgico sono la tensione arteriosa, le densità urinarie, l'azotemia, l'indice di acidosi. La prova ftaleinica ha sulla costante il vantaggio di poter essere applicata in casi in cui la costante è impraticabile.

IX. — Nei renali chirurgici possono aggiungersi utilmente la costante e la prova ftaleinica.

Anche nei renali chirurgici si deve sempre praticare l'esame della funzione globale, perchè in questi infermi pure ha fondamentale importanza, almeno per un esatto orientamento preliminare.

Salvo eccezioni però occorrono nei renali anche altre indagini comparative: la cromocistoscopia almeno; per lo più anzi il cateterismo ureterale, a cui alcuni vorrebbero associare sempre la prova ftaleinica.

Tale associazione, la quale rende necessaria una divisione per così dire in grande stile (con grossi cateteri lasciati a permanenza per un'ora almeno), come pure la divisione in grande stile senza ftaleina hanno un'assoluta necessità solo in casi determinati.

In genere il cateterismo degli ureteri praticato nella forma semplice di prelevamento urinario comparativo mediante piccoli cateteri permette di ottenere dati sufficienti per l'indicazione della nefrectomia. Tale sufficienza è a sua volta più completa se i dati del prelevamento comparativo sono integrati da quelli preziosi dell'esame globale.

X. — Sia fondamentale regola rinunziare alle cifre limiti assolute della costante e della ftaleina per l'operabilità dei prostatici, e per l'indicazione della nefrectomia; si rinunzi persino a quelle che tenderebbero a provenire dalla propria esperienza.

Le indicazioni devono essere tratte globalmente da tutti i dati clinici, urinari e non urinari, diretti e indiretti, e da tutti quelli di laboratorio.

Nel complesso degli uni e degli altri la cifra limite assoluta della costante e della ftaleina appare un grosso errore di unilateralità e di assurdità e deve lasciar posto a cifre approssimative e a più larghi limiti che non rappresenteranno l'unico dato per l'indicazione.

La stessa insufficienza renale non può essere ben vagliata che alla condizione di essere riguardata in rapporto ai numerosi organi funzionalmente pararenali. Quanto più ampî saranno i limiti di studio, tanto più precise e sicure saranno le deduzioni diagnostiche e prognostiche.

Questa deve essere l'essenza delle future indagini funzionali, e la decisa e così utile applicazione dell'indice di acidosi ne è una riprova.

RAIMOLDI, premesso che egli immagina il rene come un filtro con azione selettiva e concentrante, sul quale viene spinto il liquido da filtrare (sangue) dalla pompa cardiaca divide i metodi di indagine in due gruppi: metodi diretti quelli che prendono di mira l'attività specifica dell'organo, cioè indagano l'azione concentrante, ne rilevano il valore normale, ne sollecitano lo sforzo di riserva, metodi indiretti che esaminano il liquido al disopra del filtro (sangue) o il liquido già filtrato (urina) o tutti e due i liquidi insieme (costante di Ambard).

Segue uno studio minuzioso riguardante l'esame fisico e chimico del sangue. Sono discussi i valori dell'oscillometria, quelli del tasso delle sostanze azotate (azoto ureico, azoto totale, azoto residuo, acido urico, creatina e creatinina) degli idrati di carbonio (glucosio) delle sostanze grasse (colesterina), dei sali (cloruro di sodio e sali di potassio), dei gas del sangue (anidride carbonica). Gli esami sull'urina riguardano le capacità di diluizione e di condensazione cioè la poliuria provocata e la concentrazione massima alla quale l'O. dichiara, di dare la più grande importanza.

Le costanti di Ambard (ureosecretoria e cloruro-secretoria) vengono dall'O. trattate con l'ampiezza che merita un argomento così studiato e discusso. Sono discussi i valori limiti della costante ureosecretiva nelle varie malattie dell'apparato urinario specie nei riguardi della prognosi e dell'indicazione operativa.

Il relatore si estende poi allo studio delle modificazioni della formula di Ambard e specialmente all'immissione in essa di valori concernenti fattori extrarenali secondo la formula di Poisenille e secondo quanto aveva già tentato Martinet col coefficente idrurico.

L'O. prende poi a discutere sul valore dei metodi dell'eliminazione provocata di sostanze coloranti e, accennato alla cromocistoscopia coll'indacocarminio, prova di importanza notevole, si indugia a parlare della fenolsulfonftaleina. Ricordata la storia, considerati i fautori e gli oppositori, presenta alcuni casi che dimostrano come la prova della ftaleina sia influenzata notevolmente dalla poliuria, come la prova stessa qualche volta si dimostri fallace non corrispondendo ai dati clinici e al decorso ulteriore della malattia. L'O. pur non essendo dell'opinione di Legueu così contraria alla ftaleina, dichiara che in ogni caso i risultati che se ne hanno debbono essere confrontati con altre prove in particolar modo con l'azotemia e con la costante di Ambard. Dopo essersi trattenuto sul valore del cateterismo ureterale e sulle modificazioni che questo induce sulla funzione del rene cateterizzato, l'O. conclude indicando come debbono essere utilizzate le varie prove quando si tratti di risolvere i seguenti quesiti: 1) Esiste una lesione renale? È essa unilaterale o bilaterale? 2) Di che grado è la lesione del rene? 3) Il rene sano è capace di sopportare tutto il lavoro di eliminazione sostenuto in parte dal rene malato? L'O. termina indicando quali metodi si debbono utilizzare per studiare il valore funzionale globale dei reni nei prostatici e nei ristretti.

Seguono, sempre sull'argomento, altre comunicazioni: prima quella del dott. Melanotte che istituendo un parallelo tra «*La costante ureosecretoria di Ambard e la fenolsulfonftaleina nell'esame*

della funzione renale » ha osservato che le due prove concordano nell' 80 % dei casi, e come nei rimanenti il decorso clinico e post-operatorio, ed i reperti anatomo-patologici sono più in favore della K. che della fenolsulfonftaleina.

Il dott. Cassuto ha studiato il valore della *prova delle funzioni renali con la uranina,* introdotta per bocca, ed ha stabilito come nei nefropazienti la prognosi dev'esser considerata buona, quando i tempi di eliminazione si aggirano intorno alle 40 ore, mentre rimane grave nei ritardi oltre le 45 ore, tenendo presente come sia assai più importante il termine che l'inizio della eliminazione.

Il prof. Tardo spiega la «*Tecnica della prova della sulfofenolftaleina*», e descrive in attenta disamina, ogni possibile causa d'errore nella lettura dei risultati forniti dalla fsft. e i mezzi semplicissimi per evitarli, dimostrando come la prova vada appunto per questo, fatta con tutte le accortezze, se si esigono da essa dei risultati assolutamente precisi.

Negro (Parigi). — *A proposito dei falsi «débits» ureici,* mette in rilievo il grande valore della ftaleina che abbinata al cateterismo ureterale, ne corregge gli errori ed è in funzione ureica.

A proposito, poi, del «*Valore del cateterismo ureterale combinato alla prova della sulfofenolftaleina nelle diagnosi di alcune affezioni renali*». Negro, dallo studio di quasi 1000 cateterismi ureterali combinati alla prova della fsft., si è fatto la convinzione come con questo metodo che egli definisce il più fine, si possa far diagnosi non solo di sede, bensì della natura della lesione, in base alle formule che per le seguenti malattie sono qui riportate:

Tbc. renale unilaterale:

Rene malato: Diminuzione di tutte le eliminazioni, salvo la quantità totale di urina (poliuria patologica).

Rene sano: Tutte le eliminazioni sono superiori, salvo la quantità totale di urina.

Neoplasma renale:

Rene malato: Diminuzione di tutte le eliminazioni.

Rene sano: Tutte le eliminazioni sono superiori.

Rene policistico bilaterale: Quantità totale di urina eliminata abbondante (poliuria patologica). Buon débit ureico. Bassissima eliminazione ftaleinica.

Giorgio Bloch (Padova). — Riferendo sulle «*Prove funzionali del rene nelle affezioni chirurgiche dell'apparato uro-genitale*» riporta i risultati delle principali prove funzionali eseguite su 39 infermi, giungendo alla conclusione come nessuna di esse possa far conoscere in modo certo la forza di riserva dei reni, nè il concetto della loro efficienza ricavato dalle prove funzionali corrisponde sempre alla realtà delle cose. Tra la prova della fenolsulfonftaleina e la costante di Ambard per quanto gli abbiano dato risultati pressochè identici, l'O. preferisce la prima perchè più semplice. Ritiene che lo studio dei «débits ureici» da solo è di scarsa utilità pratica mentre che la cromo-cistoscopia può rendere in alcuni casi utili servigi.

Seguì la *discussione* assai vivace ed interessante.

Rolando (Genova). — Sostiene l'attendibilità della formula di v. Slyke che egli per primo fece conoscere in Europa, e la importanza della K. che va ricercata sempre nei nefropazienti. Egli ritiene che la rachianestesia con tropocaina, nei prostatici, possa venir praticata senza pericolo.

Arena (Napoli). — Ritiene che ogni prova per l'esame della funzione renale, abbia da sola un valore relativo, ma che prese globalmente permettano un'esatta conclusione sul valore reale dell'organo.

Bruni (Napoli). — Tra i tanti, preferisce l'esame con la cromocistoscopia, con l'indaco-carminio, da nessun altro eguagliato in alcune diagnosi differenziali di grossi tumori addominali. Anche la fenosulfonftaleina ha grande valore sopratutto per la sua semplicità.

Lilla (Livorno). — Si schiera tra i partigiani della fenolsulfonftaleina, prova da preferirsi alle ricerche della K. nell'esame funzionale dei prostatici. Questi, secondo una classificazione avente per base la prova ftaleinica ed esprimibile con un diagramma, si suddividono in 3 gruppi dei quali quello di centro corrisponderebbe al massimo di convessità di una linea curva, proprio il contrario della nota classificazione di v. Goltz.

Cavina (Bologna) invece ritiene che la prova della ft. da sola non possa avere che un valore relativo, in quanto che i suoi valori risultano discordanti da altre prove e in disaccordo coi dati clinici.

Carraro (Milano) preferisce la ricerca della costante, che rimane secondo lui il mezzo migliore per conoscere il valore funzionale del rene. La cromocistoscopia con il carminio, gli ha dato sempre ottimi risultati.

Cimino (Palermo). — Sostiene come ancora oggi non esiste un metodo che di per sè traduca con fedeltà lo stato funzionale del rene, che di tutti bisogna tener giusto conto, e che sopratutto è l'esame clinico del malato, quello che fornisce le migliori informazioni.

Bonanome (Roma) è di parere che lo studio della funzionalità renale è problema eminentemente clinico e che le indagini vanno estese dal rene al funzionamento ed allo studio degli altri organi.

Tardo (Palermo). — Non ritiene la cromocistoscopia una vera prova funzionale perchè non quantitativa, mentre la prova della concentrazione massima sebbene più esatta, non entrerà mai nella pratica perchè troppo penosa per gli ammalati. Viceversa è la prova con la ft. quella che più di tutti, corrisponde meglio alle esigenze cliniche, sia per la costanza dei risultati, che per la semplicità dell'esecuzione.

Pirondini è d'accordo sulla bontà, ma anche sulla impossibilità di applicazione del metodo della concentrazione massima. La prova della ftaleina comparativa ha grande utilità o si mostra di assoluta necessità solo in alcuni casi speciali. La prova della fluorescina ha bisogno di ulteriori controlli ed applicazioni prima di esser accettata tra i metodi correnti nello studio della funzione renale.

Nei prostatici l'esame funzionale ha assai minor valore che non nei renali, ove di rado si verificano quelle morti impreviste più spesso osservate

in quelli. Personalmente preferisce eseguire l'enucleazione dell'adenoma prostatico in ebbrezza eterea anzichè servirsi della rachianestesia.

RAIMOLDI, rispondendo al prof. Pirondini riguardo al malato di cui si parla nella relazione come studio di CM, afferma di non ritenere che esso debba identificarsi col cliente che avrebbe confessato al Pirondini stesso di avere ingerito acqua durante il terzo giorno dell'esame. Che in ogni modo l'ingestione di acqua durante il terzo giorno dell'esame per la CM, fa parte delle tassative prescrizioni dettate dall'Ambard per l'esecuzione della prova stessa.

Al prof. Tardo risponde che la diuresi di 1000 gr. riscontrata nello stesso malato nel terzo giorno della prova di CM è perfettamente paragonabile alla diuresi di 1000 gr. che si riscontra nei malati portati da Ambard come esempio di prova di CM.

Nei riguardi poi della prova della ftaleina risponde al prof. Tardo che la propria esperienza data dal 1913-14, come fu riconosciuto dal Tardo stesso in uno dei suoi primissimi lavori concernenti la ftaleina, cominciato nel 1920 e pubblicato nel 1922. Il Raimoldi fu allora uno degli entusiasti della ftaleina, ma con la critica delle ulteriori osservazioni, fu indotto a modificare la propria opinione. Egli ritiene che gli odierni fautori, col volgere del tempo vedranno intiepidirsi i loro entusiasmi. Al presente la ftaleina è da considerarsi una prova di per sè sola insufficente: può essere utilizzata e tenuta in considerazione quando i valori raggiungono o si avvicinano alla media normale, ma in ogni caso va confrontata con altre prove e in particolar modo con l'azotemia e con la costante di Ambard. Queste le precise parole che si leggono nella relazione.

D'altra parte l'O. ritiene che gli studi ulteriori per la funzione renale, debbano prendere di mira le concentrazioni e specialmente l'esame chimico del sangue.

Ricordando quanto disse il prof. Arena, l'O. dichiara di essere perfettamente d'accordo con lui che devesi tenere conto di tutte le prove funzionali e in relazione con ciò, rammenta le preziose parole del Baccelli «oportet omnia signa contemplari».

È pure perfettamente d'accordo col prof. Cimino che i vecchi metodi, persino l'esame fisico e chimico delle urine, debbano tenersi in considerazione.

Nei riguardi poi di una categoria di prostatici descritti dal Pirondini come obesi, oligurici, con cilindrurie lievi od effimere, ipertesi, la cui fragilità sfuggirebbe ai moderni metodi di indagine, l'O. dichiara di riconoscere in questi, dei nefritici cronici in cui è facile invece rendersi conto della possibilità e frequenza di temibili squilibri renali.

A. BONANOME (Roma). — *Su di alcuni casi di affezioni dell'apparato genito-urinario trattate con la roentgenterapia.* — Nei prostatici non ritenzionisti ma solo affetti da pollachiuria specie notturna, la applicazione dei raggi X avrebbe dato risultati buoni per il sintomo pollachiuria, restando invariate le condizioni obbiettive prostatiche. Per i tumori papillomatosi diffusi della vescica, ha sempre associato la elettrocoagulazione alla terapia profonda ottenendo miglioramenti nel senso di cessazione dell'emorragia e di una necrosi assai pronunciata del tumore. In un caso di ulcerazione vescicale clinico e cistoscopicamente diagnosticata di natura neoplastica, con la roentgenterapia si è avuta guarigione completa. Nessun danno è derivato dall'applicazione di raggi X salvo quelle reazioni già note nei primi giorni dopo l'applicazione.

Nella discussione, GARDINI (Bologna), ha notato vantaggi transitori o al più solo una discreta efficacia sedativa della roentgenterapia nelle varie affezioni dell'apparato genito-urinario. (Ipertrofia prostatica, tubercolosi vescicale secondaria e persistente anche dopo nefrectomia).

CARRARO (Milano). — Non è favorevole alla cura delle affezioni del sistema genito-urinario con la roentgenterapia.

NICOLICH (Trieste). — Non solo non ha visto dei vantaggi, ma dei danni irreparabili prodotti nei prostatici dalla roentgenterapia profonda della quale oggi anche in Germania sono diminuiti i seguaci.

PERRUCCI (Bologna) ricorda un caso da lui osservato seguito da morte pochi giorni dopo una seduta di roentgenterapia.

ROLANDO (Genova). — Descrive un caso di sarcoma della reg. posteriore della coscia in cui dopo un'asportazione completa del tumore fu applicato il radio per una recidiva locale. 2 mesi dopo l'applicazione del radio, l'infermo venne a mancare per metastasi epatiche. Malgrado non si possa senz'altro attribuire la colpa al radio, tuttavia il caso è degno di attenzione.

A. CASSUTO (Roma). — A proposito della *chemodistruzione dei tumori vescicali.* — Si serve dell'acido tricloroacetico specie per i tumori villosi a larga base di impianto. Nei tumori maligni l'istillazione di una soluz. diluitissima di acido nitrico frena l'emorragia vescicale e esercita un'azione sedativa.

S. ROLANDO (Genova) porta un «*Nuovo contributo alla diagnosi di tbc. renale*» con l'applicazione di Bordet-Gengou all'urologia. La deviazione del complemento, va naturalmente inquadrata nel risultato dell'esame clinico allo scopo di escludere un focolaio tbc. extraurinario. È importante ricordare come focolai spenti non diano una reazione positiva.

Alla *discussione,* BATTAGLIA (Napoli) vorrebbe invece preferita la v. Pirquet o la Wildbolz. CIMINO (Palermo) sostiene che non bisogna dimenticare il segno di Colombino da lui trovato sempre positivo nelle tbc. renali. TARDO ricorda le altre reazioni, gli altri reperti e gli schemi del Marion. JURA sostiene la maggiore attendibilità e la più grande sensibilità della Wiget, da lui sperimentata su vasta scala con risultati brillantissimi.

ROLANDO (Genova). — Risponde che la v. Pirquet è meno sicura della B. G., che gli schemi sono suscettibili di variazioni e come la presenza di altri focolai tbc. debba e possa quasi sempre venir esclusa con l'esame clinico. Si comprende come il metodo da lui eseguito sia processo d'eccezione.

U. GARDINI (Bologna). — Riferisce di 3 *casi di calcoli in uretrocele in donne.*

R. ALESSANDRI (Roma). — Riferisce tre casi di *tumori delle ossa*, uno del cranio, uno del collo del piede, ed uno della scapola, operati come tumori primitivi, e in cui l'esame istologico dette struttura di ipernefromi. A carico dei reni non si era notato nulla di anormale. In due dei casi nel decorso successivo si ebbero netti i sintomi della neoplasia renale; nel terzo invece mai alcun disturbo, e negativi pure furono gli esami speciali praticati sul rene e per la sua funzione; solo col pneumoperitoneo si notò una lieve deformazione del piolo superiore del rene destro; l'individuo morì al suo paese dopo circa due anni pare per malattia intercorrente. Richiama pure l'attenzione sul fatto, che i tumori erano pulsanti; anche nella letteratura molti casi di metastasi ossee di ipernefromi presentano questo stesso carattere; ed egli pensa che alcuni dei così detti sarcomi pulsanti o aneurismi delle ossa possano appartenere a questo speciale tipo di tumori secondari.

N. CARRARO (Milano). — Descrive un caso di *calcolosi renale in rene unico* (dopo nefrectomia) in cui potè estrarre con successo dei calcoli attraverso una breccia praticata in una delle sacche pionefrotiche.

G. NICOLICH (Trieste). — Riferisce di un caso di *pielo-nefrite suppurativa unilaterale*, in cui malgrado ogni ricerca non fu potuto diagnosticare la causa di tale affezione.

R. LANZILLOTTA (Parigi). — Riferisce su *«I risultati della vaccinoterapia e del cateterismo ureterale in due casi di pielonefrite»* e conclude che in alcuni casi di pielonefrite acuta il trattamento medico, compresa l'autovaccinazione, dà risultati non sempre soddisfacenti e in qualche caso esso è insufficiente. Il trattamento di scelta resta il lavaggio del bacinetto. Nelle pielonefriti croniche il lavaggio del bacinetto ha azione quasi certa sul colibacillo, ma non sullo stafilococco.

L'autovaccinazione nelle pielonefriti croniche ha un effetto differente sui sintomi funzionali e sullo stato delle urine. Il sintoma dolore scompare, mentre le urine restano torbide e la loro sterilizzazione, se si ottiene, richiede molto tempo.

E. MINGAZZINI (Roma). — Riferisce sui risultati del *pneumorene* eseguiti nella Clinica chirurgica di Roma. Il pn. consiste nel creare, come è noto, un enfisema interstiziale intorno al rene nello spessore della atmosfera adiposa. In questo modo l'ombra renale acquista confini assai netti ed è possibile studiarne tutte le alterazioni differenziandone i calcoli, i neoplasmi da quelli del fegato o della milza o delle capsule surrenali, del cieco, specie quando queste indagini risultino difficili o abbiano dato risultati incerti. La tecnica seguita fu quella di Carelli leggermente modificata; i risultati brillanti, gli inconvenienti modicissimi. Il metodo quindi può esssre eseguito con successo, sottoponendo, si comprende, i casi ad un giusto criterio discriminativo.

E. BLASUCCI (Roma). — Discute *la diagnosi uretroscopica e la patogenesi di alcune lesioni dell'uretra posteriore.*

P. LILLA (Livorno). — Parla dell'*alta frequenza nella terapia della uretrite cronica.*

C. ALESIO (Torino). — A proposito della *Diagnosi uretroscopica nelle infiammazioni croniche della uretra posteriore*, sostiene la necessità dell'esame uretroscopico metodico, in tutti i malati aventi i sintomi dell'uretrite posteriore e in quelli che presentano il quadro della nevrastenia sessuale. Sovente solo così sarà dato di scoprire lesioni minime, ma pure responsabili di una imponente sintomatologia.

N. CARRARO (Milano). — Consiglia la *anestesia epidurale in urologia*, che egli da tre anni adopera su vasta scala, per le operazioni sul retto, uretra prostata, senza aver avuto mai a lamentare il benchè minimo incidente, avendosene anzi a lodare anche per la diminuzione dei dolori post-operativi.

G. V. TARDO (Palermo). — A proposito dei *rapporti tra alterazioni anatomiche dei reni e risultati dell'esame funzionale*, fa osservare che lo studio delle alterazioni anatomiche dei reni nei quali è stata eseguita rigorosamente una divisione di urina può far migliorare le nostre conoscenze nel campo anatomo-patologico contribuendo quivi a quel progresso che oggi è stato raggiunto nel campo funzionale, così come egli ha potuto osservare in un caso personale, molto dimostrativo.

V. JURA (Roma). — Riferisce un caso di *leucoplasia della pelvi renale sinistra* in una donna di 32 anni. Questa da 6 anni aveva ematurie, divenute negli ultimi mesi più intense ed accompagnate da dolori irradiantisi dalla regione lombare sin. alla fossa iliaca corrispondente. La macchia leucoplasica era localizzata allo imbocco della pelvi nell'uretere: al disotto dello strato malpighiano numerose lacune vascolari, prolungantesi nella zona sottostante alla mucosa della pelvi. Nell'ultimo tratto dell'uretere dello stesso lato calcolo di urati, quanto una nocciuola di uliva.

ASCOLI MANFREDO. — *La nostra esperienza colla pielografia nell'anno accademico* 1922-1923. — L'O. parla su 70 pielografie eseguite nell'anno corr. nella Clinica Chirurgica di Roma, praticate nei casi adatti, senza aver avuto a lamentare alcun incidente. Essa si è dimostrata poco utile nella diagnosi di tubercolosi, di calcolosi, mentre invece ha contribuito molto a chiarire la diagnosi in casi diagnosticati come idronefrosi intermittente (rene torto sull'asse, vasi anormali, inginocchiamenti dell'uretere). Specialmente utile si è dimostrata nel mettere in evidenza delle pieloectasie accompagnate da lieve infezione che specie nelle donne sono causa di una sindrome oscura. Parla infine della importanza della pieloscopia e dei dati che da essa si possono ritrarre.

F. STOCCADA riporta un raro caso (il terzo nella letteratura) di *atonia gastrica acuta secondaria a nefropessia* riferibile verosimilmente alla narcosi e nel quale, stabilita precocemente la diagnosi fu praticato opportunamente lo svuotamento dello stomaco e conferita al paziente la posizione di Schnizler. Esito in guarigione.

F. DE GIRONCOLI presenta una modificazione della capsula di Irving, pregevole per la sua semplicità e il poco costo.

Presentarono ancora altre memorie BORETTI sul *valore prognostico della costante di Ambard e del-*

la fenolsulfonftaleina nella chirurgia del rene e della prostata.

P. LILLA. — Sul *valore dell'esame funzionale dei reni nei prostatici.*

BRUNO e COLOMBINO sulla *Radiumterapia dei tumori maligni della vescica.*

F. R. PUTZU sulla *rottura della vescica.*

S. COLOMBINO sulla *cura della cistite tubercolare persistente dopo la nefrectomia.*

G. GAMBERINI su *considerazioni sopra un caso di calcolosi renale bilaterale.*

V. DI FABIO sugli *esiti remoti di una nefrectomia parziale.*

G. LASIO sul *contributo alla chirurgia del rene a ferro di cavallo.*

P. PIGNATTI sull'*ematuria nell'idronefrosi.*

Prima della chiusura del Congresso vengono scelti i temi per le relazioni della prossima riunione della Società che avrà luogo nell'ottobre 1924 a Milano.

I temi scelti furono i seguenti:

1) La elettrocoagulazione dei tumori vescicali.

2) I diverticoli della vescica.

E. MINGAZZINI.

XIV Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

(*Roma, 23 ottobre 1923*).

Venne inaugurato, sotto la presidenza del prof. DELITALA, nell'Aula magna della Clinica Chirurgica di Roma al Policlinico Umberto I.

Il prof. GAZZOTTI, della R. Clinica Ortopedica di Roma, primo relatore, trattò esaurientemente e con rara competenza l'interessante problema della *lussazione congenita inveterata dell'anca.*

L'O., dopo una rapida sintesi e una saggia critica sui varî metodi che nelle varie epoche hanno prevalso nel trattamento di questa affezione, mette in rilievo le scarse risorse terapeutiche ed insiste sulla necessità della cura precoce.

In questo senso si esprimono anche i proff. PUTTI e GALEAZZI che intervengono nella discussione.

Il prof. BARGELLINI, del Pio Istituto Rachitici di Milano, presenta una ricca serie di radiografie di lussati congeniti ad inoltrato sviluppo trattati con l'osteotomia sottotrocanterica che secondo l'O. sarebbe raccomandabile e costituirebbe il trattamento di scelta perchè operazione semplice e scevra di pericoli.

Il prof. G. SCARLINI insiste in base ad una casistica numerosa, riportando anche i casi a distanza di anni, sulla necessità di praticare precocemente la riduzione della lussazione congenita.

Il prof. CAMERA, di Torino, propone un nuovo metodo di abbassamento cruento dell'inserzione trocanterica dei glutei che nei lussati congeniti inveterati varrebbe a ridurre la caduta del tronco ed a diminuire la claudicazione.

Nella seduta del pomeriggio l'assenza del secondo relatore, prof. CATTANEO, impedisce la discussione sull'interessante argomento del reumatismo articolare nell'infanzia.

Il prof. DELITALA, di Venezia, presenta una serie di fotografie e di radiografie di alcuni casi di *piede talo paralitico* trattati con l'incavigliamento dello astragalo per l'arresto articolare alla Putti e si dichiara favorevole al metodo, che a lui ha dato soddisfacenti risultati.

Il prof. ANZILLOTTI tratta con acume e competenza la cura del piede talo paralitico e riferisce un caso di frattura della testa del radio complicata da lussazione dell'omero guarito con intervento cruento.

Il prof. R. GALEAZZI, di Milano, fa una elaborata e interessante comunicazione circa un ingegnoso *dispositivo* che egli ha ideato *perchè i ciechi mutilati si servano dell'alfabeto di Braille.*

ANNOVAZZI, di Milano, mostra molte fotografie e radiografie di *piedi piatti trattati con il modellamento.*

LAVERMICOCCA parla di un ingegnoso apparecchio che applica ai piedi e che l'O. chiama *pedileva* per la ginnastica dei muscoli anteriori della gamba.

Segue il prof. V. PUTTI di Bologna, che porta alcuni risultati di esperimenti che si fanno nel suo Istituto.

Nell'*artroplastica del ginocchio* nei cani egli ha osservato molte volte una riproduzione spontanea dei legamenti crociati.

ZANOLI, di Bologna, mostra interessanti radiografie che dimostrano le *lesioni articolari proprie dei paraplegici.*

CIACCIA, di Venezia, fa una lunga ed esauriente relazione sul risultato lontano dei *trapianti tendinei.*

Il prof. DE GAETANO, di Napoli, illustra il metodo che egli segue nella *cura della elefantiasi degli arti inferiori;* mostra le fotografie dei suoi operati: sono veramente interessanti.

Il prof. E. CALANDRA, di Palermo, mostra alcune *radiografie di articolazioni coxo-femorali* con *ombre* dipendenti da iniezioni di olio iodato dimostrando la possibilità di errori d'interpretazione.

CAMURATI parla sulle *malformazioni della colonna vertebrale* nel limite dorso-lombare.

VALTANCOLI, di Bologna, porta il contributo della sua esperienza nel trattamento colla puntura evacuatrice degli *ascessi spondilitici.*

DE FRANCESCO parla sul *trattamento operativo della spondilite tubercolare:* egli è favorevole al trattamento alla Albee e mostra le fotografie dei suoi operati.

MARAGLIANO, di Genova, espone un suo metodo sui *trapianti controlaterali dei nervi nelle paralisi da poliomielite.* Egli ha trapiantato il ramo del crurale che si portò nel retto anteriore attraverso un tunnel sottocutaneo scavato nella regione ipogastrica sul crurale dell'altro lato che ora elettricamente ineccitabile. Mostra un malato in cui ha ottenuto un notevole risultato.

L. URBANI riferisce sopra un caso di *lipoma arborescente dell'articolazione del ginocchio.*

Il Congresso termina con una comunicazione del prof. PUTTI, di Bologna, che parla sopra alcune *vecchie protesi.* L'originalità dell'argomento, le fotografie nitide che l'O. dimostra, hanno interessato vivamente l'uditorio.

All'unanimità viene approvato per il Congresso dell'anno venturo il tema di relazione: « Trattamento della scoliosi congenita ». URBANI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Esplicazione del nuovo decreto concernente la revisione degli organici e i titoli di preferenza nei casi di nuove nomine.

Nel fascicolo 45 di questa rivista pubblicammo il testo del Decreto 24 settembre 1923, numero 1073 (*Gazzetta ufficiale* 11 ottobre); ne esplichiamo ora il contenuto con riferimento alle norme del Decreto 27 maggio 1923, n. 1177, già largamente illustrate.

TERMINI E LIMITI DELLE ATTRIBUZIONI DEGLI ENTI LOCALI E DEI PREFETTI.

I termini stabiliti negli art. 1 e 2 del Decreto 27 maggio, per l'esercizio del potere di revisione degli organici, sono prorogati, in forza del nuovo Decreto (art. 2), all' 11 febbraio 1924 per i Comuni e le Istituzioni di pubblica beneficenza, e all' 11 agosto 1924 per i Prefetti, nei casi in cui le Amministrazioni degli enti locali non provvedano e i Prefetti debbano sostituirsi ad esse.

Per il resto, il contenuto e le finalità della revisione rimangono immutati, così come risultano dall'art. 1° del Decreto 27 maggio: ridurre il numero dei posti e del personale, comunque nominato ed inquadrato, nonchè gli stipendi, i salari e gli assegni di qualsiasi specie in relazione alle condizioni finanziarie dell'Ente, alle esigenze dei servizi ed alla importanza delle attribuzioni affidate al personale stesso; ridurre il trattamento di riposo entro i limiti stabiliti per gli impiegati governativi.

A questo proposito, è da avvertire che il Ministero dell'Interno ha dato opportune istruzioni, con circolare recente diretta ai Prefetti, per la revisione degli organici in relazione ai servizi *sanitari*. Dice la circolare che « la riduzione dei posti — tranne che per i grossi centri — deve essere fatta previo *rigoroso accertamento* delle condizioni igieniche, topografiche e demografiche dei Comuni, tenendo conto dei varî elementi all'uopo apprezzabili e in particolar modo delle agglomerazioni degli abitanti, della distanza dai centri abitati, dello stato della viabilità dei Comuni, ecc. ».

Circa la revisione degli stipendi, soggiunge la circolare: « occorre tener presenti, oltre le condizioni finanziarie dell'Ente e la gravosità del servizio sanitario disimpegnato in ragione del numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita e delle condizioni igieniche e sanitarie del Comune, *anche le difficoltà e i rischi dell'ufficio stesso che, se pure insiti nella professione stessa, sono sempre maggiori* di quelli degli altri impiegati degli Enti locali, nonchè il titolo di studio che si richiede per il disimpegno delle attribuzioni, ecc. ».

« Altri elementi che neppure vanno trascurati — aggiunge la circolare — sono il reddito professionale approssimativo, che in effetti si ricava dall'esercizio della libera professione, molte volte limitato per i doveri normali dell'ufficio e per il numero dei liberi professionisti esistenti sul posto, nonchè le esigenze attuali di vita in relazione alle retribuzioni che vengono corrisposte ad altre categorie di professionisti ».

Queste istruzioni, alle quali devono uniformare la loro azione le amministrazioni degli enti locali ed i Prefetti, precisano e limitano la portata di quelle troppo generiche contenute nella circolare pubblicata nel fascicolo 31 di questo periodico e corrispondono al criterio-limite da noi fissato sin dal primo momento, che cioè non si possa e non si debba applicare identico trattamento a tutti i rapporti di impiego e che il servizio sanitario, per ragioni d'ordine oggettivo e soggettivo, deve essere considerato e regolato con criteri speciali.

Le norme dei decreti avrebbero raggiunto i fini ai quali sono preordinate, e avrebbero evitato con maggiore efficacia facili eccessi e deviazioni, se con maggiore precisione avessero specificato i limiti dei poteri con riguardo alla diversa natura dei rapporti e dei servizi regolati; ma è da sperare che le istruzioni recenti valgano a contenere l'azione eccezionale di revisione entro giusti limiti.

Circa le *indennità speciali*, la circolare considera che esse « *corrispondono quasi sempre a speciali esigenze di servizio e furono introdotte appunto per il migliore funzionamento delle condotte mediche* » e soggiunge che « tra « le indennità da eliminarsi dovranno comprendersi quelle che risultano evidentemente illegali o non previste da alcuna disposizione « di legge; tali sono, ad esempio, l'indennità di « malaria, l'indennità di disagiata residenza, « la indennità per non usufruito congedo, le « indennità speciali in caso di epidemia, ecc. ». Per quanto poi concerne l'indennità caro-viveri, ferme restando le norme generali contenute nella circolare sopra ricordata (*Policlinico*, fasc. 31), le nuove istruzioni dicono che « per « il personale sanitario giova tener presente la « peculiarità del servizio prestato dai medici « condotti. Questi infatti hanno obblighi parti-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

« colari in confronto degli impiegati comuna-
« li, non solo riguardo all'assistenza sanitaria
« dei poveri, che deve essere prestata in qual-
« siasi ora del giorno e della notte, ma anche
« in riguardo al fatto che essi non possono
« rifiutare, riservata ogni questione di compen-
« so, la loro opera professionale a chiunque ed
« in qualsiasi ora ne faccia richiesta ».

Chiari e precisi criteri, dovuti evidentemente alla sensibilità della Direzione generale di sanità, la quale ha potuto correggere così la precedente uniformità, effetto di incomprensione, da parte degli uffici amministrativi, delle esigenze dei servizi sanitari e del personale medico.

La inosservanza di questi criteri può costituire deviazione ed eccesso di potere. A coloro che ci rivolgono quesiti — ai quali, come noto, l'ufficio legale della nostra rivista risponde sempre privatamente, per lettera — raccomandiamo di mandarci il testo della deliberazione qualora si tratti di revisione degli organici e di esporre sinteticamente tutta la situazione di fatto, in modo che si possa esprimere un parere su basi complete e sicure.

LE NUOVE NORME CIRCA LE DISPENSE DAL SERVIZIO.

Essenzialmente modificato è l'art. 2 del decreto 27 maggio concernente le dispense.

Presupposto di questo provvedimento eccezionale è sempre la *soppressione effettiva* del posto: se questa ipotesi non si verifica o l'atto è simulato, la dispensa dal servizio è illegittima.

L'art. 1 del decreto 24 settembre, modificando l'art. 2 del decreto 27 maggio, precisa meglio i limiti e le norme di applicazione del potere eccezionale. Il personale avventizio, nel quale è compreso l'impiegato provvisorio, deve essere licenziato, eccettuati, si intende, i medici condotti interini, che occupano posti di organico qualora il concorso non sia indetto o espletato.

Questa disposizione non si applica ai mutilati ed invalidi di guerra, agli ex combattenti feriti o decorati al valore militare o che abbiano prestato servizio per terra, per mare o per aria in zona di operazioni presso reparti operanti e, quanto ai militari addetti ai comandi, che abbiano prestato servizio presso i comandi mobilitati inferiori, fino a quello di brigata compreso; alle vedove e agli orfani di guerra ed alle sorelle nubili dei caduti in guerra, che siano unico sostegno di famiglia; alle vedove e alle orfane non coniugate di impiegati ed agenti morti in attività di servizio o per causa di servizio o che non abbiano diritto a pensione.

È questo il personale indicato alle lettere *a, b, c*, del decreto 28 gennaio 1923, n. 153. Però, anche gli avventizi compresi in queste categorie devono essere licenziati qualora ne sia dimostrata la inidoneità al servizio o la incompatibilità della ulteriore permanenza nell'amministrazione. Inoltre la eccezione a favore delle vedove, degli orfani, ecc., è limitata ad un solo membro per ciascuna famiglia e, per le vedove, è condizionata allo stato di vedovanza e non si applica nel caso anche di semplice convivenza *more uxorio*.

La condizione degli avventizi sistemati definitivamente in posti di ruolo dopo il 24 maggio 1915 è regolata così: se si tratta di personale appartenente alle categorie sopra indicate (mutilati, ecc., decreto 28 gennaio 1923, n. 513, lett. *a, b, c*,) o di impiegati che, a giudizio insindacabile dell'amministrazione si siano particolarmente segnalati per capacità, diligenza e zelo, e nel caso di uffici tecnici, abbiano dimostrato di possedere in misura notevole la capacità specifica richiesta dalle attribuzioni ad essi affidate, la sistemazione già avvenuta si considera legittima e non è soggetta a revoca; negli altri casi, se il personale avventizio fu sistemato con violazione delle norme che prescrivevano il concorso pubblico (per es. medici condotti, segretari), ovvero in base a norme di regolamenti locali diverse da quelle che avevano vigore alla data 24 maggio 1915 (dichiarazione della guerra) *si intendono senz'altro annullate le disposizioni dei regolamenti o le deliberazioni singole* che sono fonte della sistemazione stabile degli avventizi.

Licenziati gli avventizi, se tuttavia il personale risulta in eccedenza al numero dei posti fissati nelle nuove tabelle, in base cioè alla eventuale riduzione dei posti di organico, si procede al licenziamento del personale di ruolo, che si trova ancora nel periodo di prova.

Soltanto nel caso che, dopo questi licenziamenti, il personale risulti ancora in eccedenza, si procede al licenziamento degli impiegati stabili.

Questa gradualità, dipendente dalla natura e dallo stadio del rapporto di impiego, deve essere osservata in ogni caso.

Per ciascuno dei gruppi suddetti (avventizi, personale in prova, personale stabile) hanno diritto di *preferenza, agli effetti del mantenimento in servizio*, gli impiegati compresi in alcuna delle categorie sopra specificate a proposito della eccezione alla norma della dispensa del personale avventizio: mutilati, invalidi di guerra, ecc., con le limitazioni sopra indicate (art. 3, lett. *a, b, c*, decreto 28 gennaio 1923). Mentre per la eccezione al licenziamento degli

avventizi, l'art. 1 del decreto 24 settembre n. 2073, richiama le categorie indicate alla lettera *a*, *b*, *c*, del citato decreto 28 gennaio e poi per la nullità delle sistemazioni in organico avvenute successivamente al 24 maggio 1915 esso richiama anche la lettera *d*, dello stesso decreto (cioè, il personale segnalato per capacità), quando l'articolo medesimo stabilisce la preferenza agli effetti del mantenimento in ufficio del personale in prova o stabile, richiama genericamente le categorie indicate nell'art. 3 del decreto 28 gennaio 1923, cioè tutte, e quindi anche quelle della lett. *d*: sicchè è da ritenere che abbiano diritto alla preferenza, per il mantenimento in ufficio, anche gli impiegati che si siano particolarmente segnalati per capacità, diligenza, ecc., o per capacità tecnica specifica.

Osservato l'ordine di progressione sopra indicato e salve le preferenze già specificate, le amministrazioni devono uniformare i criteri di scelta del personale eliminabile, alle norme che qui si riassumano, mediante interpretazione degli articoli richiamati dal decreto 24 settembre, cioè degli articoli 1, 2, 3 e 4 del decreto 25 gennaio 1923, n. 87.

La dispensa dal servizio può essere disposta anche prima che siano approvate le tabelle numeriche; ma questa facoltà può riguardare le amministrazioni dei grandi Comuni che devono preordinare un vasto lavoro di riforma ed hanno urgenza di eliminare personale non necessario: per i sanitari e, specialmente per i Comuni medi e piccoli, si deve escludere che di tale facoltà si possa e si debba far uso, tanto più che essa sarebbe assai pericolosa e ingiustificata.

In linea di massima e salve le circostanze speciali del caso, l'ordine delle dispense normale è il seguente: *a*) impiegati inabili per incapacità o salute o per scarso rendimento di lavoro; *b*) impiegati che hanno compiuti 40 anni di servizio o 65 anni di età e non meno di 20 anni di servizio, sempre che abbiano diritto a pensione, salvo che per eccezionali motivi ne sia riconosciuto necessario il mantenimento in servizio.

Normalmente devono essere dispensati gli impiegati che hanno compiuto 65 anni di età e 40 anni di servizio ed abbiano diritto a pensione. In tal senso si deve intendere, a nostro giudizio, il riferimento agli art. 1, 2, 3 e 4 decreto 25 gennaio 1923, n. 87.

PREFERENZE NEI CASI DI NUOVE NOMINE.

A norma dell'art. 3 del decreto 24 settembre 1923, n. 2073, *agli effetti delle assunzioni ai posti presso le amministrazioni provinciali, comunali*, aziende municipalizzate ed istituzioni di pubblica beneficenza, valgono, a parità di merito, i seguenti titoli di preferenza, con l'ordine risultante dalla numerazione:

1) mutilati e invalidi di guerra — riconosciuti idonei — per i quali rimangono ferme le disposizioni della legge 21 agosto 1921, n. 1312;

2) feriti in combattimento (art. 9, R. D. 30 settembre 1922, n. 1290);

3) gli orfani di guerra ed i figli degli invalidi di guerra (idem);

4) le vedove di guerra (idem);

5) gli insigniti di medaglia al valore militare o di altra attestazione speciale di merito di guerra (idem);

6) coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti (idem);

7) coloro che abbiano prestato *lodevole* servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione presso cui è indetto il concorso (idem);

8) i più anziani di età.

Segnaliamo la importanza di questa disposizione, in forza della quale è limitata la libertà di scelta da parte dei Comuni fra gli idonei. Se ragioni speciali non siano di ostacolo alla preferenza, i titoli sopra indicati devono essere rispettati a *parità* di merito risultante dalla graduatoria, mentre — com'è noto — il decreto del 1919 riguardava la preferenza a parità di merito, ma ai soli effetti della formazione della graduatoria.

Le preferenze che sono specificate nell'art. 7, terzo comma, del decreto 28 gennaio 1923, n. 153, e che sono pure richiamate nell'art. 3 del decreto 27 settembre 1923, senza la necessaria coordinazione, è da ritenere che riguardino le nomine senza concorso e appartengano ai mutilati riconosciuti idonei, ai decorati al valore militare, ai feriti di guerra, agli ex combattenti che abbiano prestato servizio presso reparti operanti.

(Una maggiore precisione legislativa in materia così delicata è necessaria; i richiami generici di norme, per estenderle a casi analoghi, in quanto applicabili, genera equivoci, incertezze e confusioni ed obbliga ad un lavoro non facile ed estenuante di ricerche: la legge deve essere chiara e precisa!).

L'art. 3 estende inoltre agli impiegati degli enti locali — in quanto siano applicabili — le disposizioni del capo IV del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290 (cioè le disposizioni transitorie di quel decreto a favore degli impiegati ex combattenti, art. 41 *a* 52) nonchè quelle del R. D. 18 dicembre 1922, n. 1637, sul trattamento economico degli impiegati civili, militari, ecc. (diciannove articoli) e del decreto 17

maggio 1923, n. 1284, che contiene modificazioni e aggiunte a quello del 17 maggio 1923, n. 1284, e comprende venti articoli.

Gli interessati dovrebbero sapersi orientare fra tanto ginepraio! Tratteremo in altra nota questa parte dei diritti riconosciuti ai combattenti, richiedendo essa un esame particolare e diffuso sia pure al semplice scopo di fornire una guida pratica, essendo limitata ora questa nota alle nuove norme circa la revisione delle piante organiche e i titoli di preferenza nei casi di nomina con o senza concorso.

Denunzia delle malattie infettive.

Con decreto 15 ottobre 1923, del Ministro dell'Interno, si stabilisce quanto appresso:

Art. 1. — Ai sensi ed agli effetti dell'articolo 123 del T. U. delle leggi sanitarie, approvate con il R. D. 1° agosto 1907, n. 366, è obbligatoria per i medici la denunzia delle seguenti malattie, anche se trattasi di casi sospetti:

a) *morbillo; scarlattina; varicella; vaiuolo* e *vaioloide; febbre tifoide* (ileotifo o tifo addominale); *infezioni paratifiche; febbre mediterranea; leishmaniosi* (kala-azar); *dissenteria bacillare ed amebica; meningite cerebro-spinale epidemica; poliomelite anteriore acuta; encefalite letargica; difterite e croup; pertosse; parotite epidemica; influenza epidemica; febbre puerperale; tifo esantematico* (tifo petecchiale); *lebbra; colera ed infezioni coleriformi; febbre gialla; peste bubbonica; tifo ricorrente;*

b) *la tubercolosi polmonare* in tutti i casi in seguito alla morte od a cambiamento di domicilio dell'infermo, ovvero quando si constati la malattia nelle collettività in genere sia civili, sia militari e negli istituti di cura (ospizi di mendicità o di invalidi, orfanotrofi, carceri, alberghi, convitti, scuole, conventi, brefotrofi, ospedali, case di cura); nonchè nelle latterie e vaccherie;

c) *la malaria* e *la pellagra;*

d) *la sifilide* nei casi di sifilide da baliatico e nei casi di sifilide con manifestazioni contagiose, riscontrata negli opifici industriali, negli istituti di cura e di educazione ed in genere in tutte le collettività sia civili, sia militari;

e) *il tracoma* e le *congiuntiviti contagiose* per tutti i casi riscontrati in scuole, istituti di educazione e di cura, opifici industriali, collettività in genere, ed in tutti gli addetti alla coltivazione delle risaie stabilmente o temporaneamente impiegati; *l'oftalmo-blenorrea dei neonati;*

f) *l'anchilostomiasi* nei casi riscontrati negli operai addetti a lavori in galleria, nelle miniere, e nei cantieri delle opere pubbliche, nelle fornaci, e negli opifici in genere;

g) *la trichinosi;*

h) *la tigna* e *la scabbia* nei casi riscontrati nei lavoratori delle risaie ed in genere nelle collettività;

i) i casi di *rabbia* ed anche di semplici morsicature inferte da animali rabidi o sospetti di esserlo; i casi di *carbonchio ematico,* di *morva* o *farcino* nell'uomo.

Art. 2. — Agli effetti del regolamento 9 ottobre 1921, n. 1981, per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole, è obbligatoria la denunzia delle seguenti malattie, oltre quelle elencate in precedenza, che si riscontrano nelle persone, che, a qualunque titolo, frequentano gli asili infantili, le scuole primarie e medie, quelle ad esse assimilate ed in genere ogni istituto di istruzione sia pubblico, sia privato:

a) *eresipela, orecchioni, tosse convulsiva, influenza;*

b) *tubercolosi cutanea ulcerosa,* quella *ossea* e *ghiandulare* con seni fistolosi aperti all'esterno;

c) tutte le forme di congiuntiviti contagiose, oltre il *tracoma, congiuntivite blenorragica, catarro congiuntivale acuto,* quello *subacuto* e *congiuntivite angolare;*

d) *tigna, scabbia, stati impetiginoidi della cute, pediculosi.*

Art. 3. — È fatto obbligo inoltre ai sanitari di denunziare, nel più breve tempo, al Sindaco ed all'ufficiale sanitario qualunque manifestazione di malattia infettiva, non considerata nella presente ordinanza, che per la sua natura e per il numero dei casi constatati possa costituire pericolo di diffusione epidemica.

Art. 4. — Le denuncia delle anzidette malattie dovrà farsi colle modalità prescritte dall'art. 130 del regolamento generale sanitario, indicando se il malato frequenti la scuola, se è operaio in opifici, in cantieri, se vive in collettività, e fornendo le indicazioni che per l'ufficio sanitario possano essere di utile norma all'azione profilattica.

Art. 5. — I contravventori sono soggetti alle penalità stabilite dall'art. 123 del Testo Unico delle leggi sanitarie.

***

Con circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti richiamasi l'attenzione sulla necessità di una pronta rigorosa denunzia di tutti i casi di encefalite letargica, allo scopo di accertare la diffusione della malattia nel territorio del Regno.

Per la riforma della legge sui Manicomi.

Ad una interrogazione dell'on. Cazzamalli, il sottosegretario on. Finzi ha così risposto:

« Sul grave problema dell'assistenza manicomiale il Governo non ha mancato fin dal suo inizio, di portare il suo speciale interessamento.

All'uopo, come è noto all'on. interrogante, furono sollecitati i lavori della Commissione incaricata dal Ministero dell'Interno dello studio e della elaborazione del progetto di riforma delle disposizioni vigenti in materia; lavori che furono condotti a termine con la maggiore alacrità. In merito alle proposte formulate dalla Commissione si è però dovuto sentire il parere anche degli altri Ministeri interessati, fra i quali quello delle Finanze, alla cui approvazione è naturalmente vincolata l'attuazione del progetto stesso che potrà, dopo ciò, essere sottoposto all'esame del Consiglio dei Ministri per l'ulteriore corso ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

La riforma universitaria e la libera docenza.

I rappresentanti delle Associazioni Italiane della Libera Docenza, riuniti in Roma;

confermando i voti contenuti nei memoriali già presentati a S. E. il Ministro Gentile, confidano che nella imminente riforma universitaria sia attuato l'esame di Stato nel senso integrale già da S. E. il Ministro ripetutamente espresso alle rappresentanze della libera docenza universitaria, e non limitato al termine del corso universitario, ma istituito anche per gli esami speciali in gruppi di materie affini: unico modo per garantire agli studenti la libera scelta tra i migliori insegnanti, ufficiali e liberi, nel superiore interesse degli studi;

in conseguenza fanno voti che nelle Commissioni esaminatrici sia data parte adeguata ai liberi docenti, che abbiano effettivamente insegnato, ed a competenti estranei all'Università, per rendere sempre più equo e sereno il giudizio delle Commissioni stesse;

fanno voti infine che, qualora venga adottato il sistema della retribuzione diretta ai liberi docenti, *solamente possibile con l'esame di Stato,* la relativa quota, da pagarsi per mezzo dell'economo universitario, sia stabilita in misura consentanea alla dignità del libero insegnamento universitario, escludendo la contrattazione tra docenti ed allievi per evitare poco dignitose concorrenze; e che vengano con particolari disposizioni eliminate tutte le possibilità di limitazione della spontanea indicazione degli allievi stessi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CANNERO (*Novara*). — Kmq. 7, ab. 1263; L. 4000 per 300 pov., addiz. L. 4, per uff. san. L. 500, indenn. alloggio L. 500, doppio c.-v. Scad. 30 nov.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — A tutto 20 nov.; L. 9000 fino a 1500 pov.; L. 3000 cavalc., ovvero fornitura diretta mezzi trasp. da parte del Com.; due c.-v.; L. 100 (*sic*) annue quale uff. san.; alloggio gratuito. Ab. 3100 di cui 500 pov. Età limite 40. Serv. entro 15 g.

CORINALDO (*Ancona*). — A tutto 15 nov. L. 12,000 e bienni del ventes. fino a L. 16,000; primo c.-v.; L. 2400 cav.; 50 % tariffa dagli abbienti. Età limite 40.

FRAZZANÒ (*Messina*). — L. 5000 per 500 pov., lire 500 quale uff. san. e l'indenn. c.-v.; addizion. L. 5. Scad. 10 dic. Ab. 1320, posizione amena.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

IMOLA (*Bologna*). — *Congregaz. di Carità.* — Medico assistente all'Ospedale S. Maria della Scaletta; L. 4000 e c.-v., alloggio person., vitto nei giorni di guardia. Scad. 30 nov.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte: a tutto 15 dic.; L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua, riconferma per l'anno successivo.

ORCIANO PISANO (*Pisa*). — Scad. nov. L. 6000 e due c.-v.; L. 1500 mezzi trasp.; L. 3000 quale uff. sanitario.

ROMA *R. Università.* — Premio Baccelli al merito clinico di Fondazione dell'Ist. Naz. Med. Farmac., consistente in una medaglia d'oro, fra professori e assistenti universitari o addetti a Osped.; scad. 15 dicembre.

TAGLIUNO (*Bergamo*). — Condotta consorziale residenziale con Calepio. Popolazione 4750; poveri circa 1000. Scade 27 novembre. Chiedere avviso Municipio di Tagliuno.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Sono vacanti alcuni posti di medici praticanti con assegno di L. 300 mensili. Dirigere le richieste di schiarimenti e le domande alla Direzione Sanitaria.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre. Vedi fasc. 43.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il concorso bandito recentemente per Chirurgo Primario del nuovo Ospedale costruito, con modernità e magnificenza, dalla colonia italiana di Alessandria di Egitto, si è chiuso con la elezione del prof. Giulio Crescenzi, aiuto della Clinica Chirurgica del R. Istituto di studi superiori di Firenze.

Il dott. Girolamo Lionti, direttore dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Caltanissetta, è chiamato dal R. Governo della Cirenaica a dirigere l'Ospedale Coloniale di Bengasi.

Il prof. Raffaele Nasini, ordinario di chimica generale a Pisa, è nominato membro d'onore della Società Chimica di Francia; il senato dell'Università di Cambridge gli ha conferito la laurea in scienze *honoris causa*.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione del Medico caduto in Guerra.

La celebrazione del Medico caduto in Guerra avrà luogo improrogabilmente nel maggio 1924. Il monumento, opera superba di Arrigo Minerbi, è quasi al completo e sono già cominciati i lavori di fondazione e la costruzione del cancello artistico, in ferro battuto, aperto permanentemente al pubblico, dell'artista Matteucci di Faenza.

Il Libro d'Oro, che la Classe Medica Italiana pubblica in onore degli Eroici colleghi caduti, porterà in appendice le motivazioni delle circa 2000 medaglie al valore concesse ai medici smobilitati. La prefazione di G. D'Annunzio, le forti xilografie ed i fregi di D. Cambellotti, l'eleganza della veste tipografica, la forbitezza dello stile e la nobiltà della forma che segnano nel granito della storia gl'innumerevoli episodi pei quali perirono centinaia di medici, danno al libro un fascino di attrattive, poichè la materia, per quanto ricca di motivi umani ed eroici ma purtuttavia uniforme, è resa viva e pulsante di passione.

Inoltre, nel giorno della Celebrazione, saranno assegnate le borse di studio ai figli dei Medici morti in guerra e con fervore sempre rinnovato, insistiamo perchè i medici che ancora nulla hanno versato, inviino la propria quota o ai vari componenti il Comitato residenti nelle sedi di Corpo d'Armata o al Segretario generale dott. Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Per i medici romani caduti in guerra.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, d'intesa con le Associazioni di categoria, ha deliberato di ricordare i nomi dei Medici romani caduti in guerra in una lapide che sarà apposta nell'Aula della R. Accademia Medica di Roma, la quale ha acconsentito alla proposta.

L'Ordine apre tra i suoi iscritti una sottoscrizione per la spesa occorrente, nella fiducia che vorranno concorrere a questo memore tributo di affetto verso i Colleghi caduti.

Al Congresso Stomatologico Italiano.

Questo importante convegno si è svolto a Torino dal 19 al 22 settembre. Richiamarono l'attenzione le esposizioni del prof. Palazzi e del dott. G. De Tommasi di Milano, su «le moderne vedute teoriche e pratiche della piorrea alveolare»; la relazione del dott. Brissetti di Milano «sul problema della protesi economica per gli operai»; la relazione del dott. Campiglio di Milano «sui progressi della moderna radiologia stomatologica» e quella del dott. Cavina di Bologna «Su la moderna terapia della carie».

Corsi di tirocinio clinico.

La Scuola Medica Ospitaliera di Roma ha istituito per l'anno scolastico 1923-1924 (1° dicembre-31 maggio) corsi semestrali e trimestrali in Medicina generale, Chirurgia generale, Anatomia clinica dei centri nervosi, Anatomia patologica, Chirurgia dei bambini e Ortopedia, Dermosifilopatia, Diagnostica della tubercolosi polmonare, Lesioni traumatiche sistema nervoso e loro simulazioni, Neuropatologia, Oculistica, Ostetricia-Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Pronto soccorso chirurgico, Radiologia; e Corsi di tecniche speciali, bimestrali e semestrali, in Elettro-diagnostica ed Elettroterapia, Cistoscopia e Diagnostica urologica, Radioterapia profonda, Pneumotorace terapeutico, Oftalmoscopia, Perizie medico-legali, Tecnica di laboratorio. Verranno inoltre tenute alcune conferenze.

La tassa di iscrizione per ogni corso e per tre mesi è di L. 50 per i medici e di L. 25 per gli studenti. Per i corsi di anatomia patologica e tecnica di laboratorio è dovuta una sopratassa di L. 25. Per il certificato di frequenza, tassa di L. 20.

Programmi e informazioni presso la Segreteria (Policlinico Umberto I - Roma).

Mecenatismo universitario.

Il sig. Bindo Hannau di Roma, volendo onorare la memoria del compianto figlio Vittorio, la cui giovinezza venne spezzata da una infezione tifoide, ha fatto donazione della somma di lire 100,000, in consolidato italiano, all'Università di Roma, perchè gli interessi annui vengano destinati alle ricerche sulle malattie infettive che si compiono nell'Istituto d'Igiene diretto dal prof. Sanarelli.

L'on. Sanarelli, rettore dell'Università, ricevendo in consegna la generosa donazione, ha espresso al sig. Hannau i sensi della più viva gratitudine a nome dell'Ateneo Romano, formulando l'augurio che il nobile esempio possa trovare imitatori. Ha ricordato che la produzione scientifica nazionale equivale non soltanto ad arricchire il patrimonio delle nostre conoscenze, ma anche a scemare gli errori e le superstizioni, frutto dell'ignoranza e causa della maggior parte dei mali morali e fisici che affliggono l'umanità. Siffatte verità sono ormai generalmente sentite in Francia, dove un'intensa campagna di stampa, diretta ad eccitare un movimento dell'opinione pubblica a favore della scienza, ha portato a far istituire la cosidetta «giornata dei Laboratori»: a mezzo di sottoscrizioni pubbliche e private, di donazioni, di rappresentazioni a pagamento, di spettacoli, questue, conferenze, ecc., si è colà riusciti, in breve, a raccogliere molti milioni che verranno consacrati alle ricerche scientifiche e sperimentali.

Anche in Germania, nonostante l'imperversare della crisi economica, i maggiori industriali e capitalisti hanno testè costituito un'Associazione per venire in soccorso delle ricerche di laboratorio.

Auguriamoci, ha soggiunto l'on. Sanarelli, che anche in Italia l'opinione pubblica si persuada della influenza preponderante della scienza e della tecnica sul benessere e la potenza del Paese, così in tempo di pace, come in tempo di guerra. Nell'epoca attuale la scienza significa potenza, prestigio e fortuna.

Il sen. Sanarelli ha disposto perchè nell'Istituto d'Igiene dell'Università sia apposto un segno perenne, in memoria della donazione.

Beneficenza.

Il sen. Alfredo Frassati di Torino, in occasione del trigesimo della morte del fratello ing. Pietro, ha elargito un milione in beneficenza per opere varie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Medical Review, lug. — A. H. TODD. La chirurgia dell'artrite reumatoide.

Mediz. Klinik, 15 luglio. — K. GOLDSTEIN. Funzioni dei lobi frontali. — W. ZWEIG. Colecistite larvata. — J. PLESCH. Trattamento dei tumori con sostanze fluorescenti.

Journ. Nerv. a. Ment. Disease, lug. — H. L. PARKER. Tumori cerebrali simulanti l'enc. epidem. — J. ROUBINOVITSCH e J. A. CHAVANY. Sulla diagnosi di stato epilettico.

Münch. Mediz. Wohens., 13 lug. — E. ROMBERG. La scelta dei preparati digitalici. — H. v. HATTINGBERG. Influenza dell'onanismo sulle neurosi.

Brazil-Med., 23 giu. — H. BOSCO. La terapia antisifilitica nei nevrastenici.

Pathologica, 1● lug. — B. POLETTINI. Sul cancro speriment. da catrame.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 19 lug. — L. ANDRANELLI. Pleurite ossificante.

Riforma Med., 16 lug. — O. CIGNOZZI. Oleoconnettivomi. — G. CUNEO. Origine delle intossicaz. endogene e artritiche.

Journ. Amer. Med. Assoc., 7 lug. — I. F. STEIN e R. A. ARENS. Diagnosi biologica della gravidanza. — L. E. HINES. Colite polipoide post-dissenterica. — A. F. HESS. Valore terapeutico del tuorlo d'uovo nel rachitismo.

Lancet, 21 lug. — E. GOODALL. Fattori di psicosi. — T. H. OLIVER e A. HACOORTH. Rapporti tra grassi e zuccheri del sangue.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 21 lug. — A. DAVID. Sindrome di Banti.

Paris Méd., 21 lug. — Numero sulla chirurgia infantile e l'ortopedia.

Pediatria, 15 lug. — G. CARONIA e M. B. SINDONI. Sull'etiologia della scarlattina. — F. DE ANGELIS. La canfora nella terapia dell'enuresi.

Zbl. f. inn. Med., 21 lug. — L. HAHN. Le acroparestesie vasocostrittorie.

Scalpel, 14 lug. — VERVACEK. Aspetti medici e psicologici della cocainomania.

Wiener Klin. Wochens., 19 lug. — D. e O. PORGES. Trattamento della tetania con solfato ammonico.

Münch. Mediz. Wochens., 20 lug. — F. KROH. Il cateterismo aspirante della vescica urinaria. — A. KÜHN. Acido silicico, terapia della tbc. polm.

Arch. f. Schiffs- u. Tr. Hyg., lug. — C. MENSE. Osservazioni sul mal di mare.

Gaz d. Hôp., 21 lug. — R. BÉNON. Le amnesie traumatiche.

Riforma Med., 23 lug. — P. RONDONI. Vaccinazione antitubercolare alla Paundorf.

Pensiero Med., 21 lug. — A. RATTAGGI. L'angolo sterno-clavicolare nella diagn. precoce della tbc. polmonare.

Biochim. e Ter. Sperim., 30 giu. — S. RAPISARDI. Sul meccanismo della R. W.

Brazil-Med., 30 giu. — M. OTTONI DE REZENDE e H. CORDEIRO. L'ozena trattata col metodo chirurgico Lantenschbeger-Seiffert.

Gazz. d. Osped., 22 lug. — P. MARCOVICH. Sindrome mediastinica nei malati di ulcera gastrica e duodenale.

Amer. Medic., giu. — Numero sulla pressione sanguigna.

Lancet, 28 lug. — P. CHILDE. Ambiente e salute. — O. L. V. DE VESSENLOW. La prognosi immediata della nefrite. — J. J. R. MAC LEOD. L'insulina.

Medic. italiana, n. 7. — PARTA. Controllo chimico degli arsenobenzoli. — MATTEI. Mediastinite cronica.

Spitalul, n. 7-8. — MARINESCU. Lesioni fine cerebrali nell'idiozia mixedematosa. — CRISTEA e BLUMENTHAL. Ittero sifilitico preroseolico.

Deut. med. Wochen., 10 ag. — KLEINE. Sul Bayer 205. — BLUMENTHAL. Sieroterapia del carcinoma? — SEYDERHEIM e LAMPE. Applicazioni intravitali delle sost. coloranti colloidali.

Journ. des Praticiens, 11 ag. — CHAUFFARD. Una famiglia di gozzuti. — P. MARIE. La corea di Huntington.

Stomatologia, n. 7. — DORELLO. Sullo sviluppo delle mandibole e dell'articolazione mandibolare.

Pediatria, 15 ag. — SINDONI. Presenza dell'agente specifico della scarlattina negli elementi eruttivi e nelle squame. — COTELLESSA. La reaz. di Wass. nel latte di donna. — DE CAPITA. Le splenopolmoniti di Grancher.

Z.blatt f. inn. Med., 11 ag. — HASSENCAMP. L'az. dei raggi X sul carcinoma.

Arch. mal. da coeur, vaisseaux et sang. — CRAMER e FROMMEL. Stenosi mitrale congenita con insufficienza interauricolare. — SALOZ e FROMMEL. L'edema acuto polm. nella stenosi mitrale. — GALLI G. Trequarti per l'evacuaz. dell'edema cardiaco.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 26 maggio. — Numero monografico sull'ortopedia.

Id., 2 giugno. — HERDERSCHEE. L'eresipela. — TIMMER. Coliche ombelicali nei bambini. — MEUWISSEN e THUIS. Trattamento delle emorragie polmonari con enteroclismi di latte.

Id., 9 giugno. — MICREMET. Forma piramidale del torace ed ipertrofia cardiaca. — VAN DER LOO. Sulla diagnosi e terapia della debolezza infantile. — QUERIDO. Forza muscolare ed intelligenza. DE VRIES ROBLES. Rapporti fra asma e diatesi essudativa.

Id., 16 giugno. — SCHRIJVER. Sulla glicemia alimentare nelle psicosi.

Wiener klin. Wochen., 9 ag. — BÓKAY. L'esantema subitum. — POSCHACHER. Il chinino nel trattamento dell'aborto. — REUSS. Il latte di donna nella cura del poppante malato.

Boston Med. a. Surg. Journ., 28 giu. — E. C. CUTLER. Cardiotomia e valvulectomia nella stenosi mitrale: caso operato con guarigione.

Riv. di Clin. Pediatr., lug. — E. NIGRO. Sui terreni Pergola.

Zeitschr. f. Tuberk., lug. — K. SIEGFRIED. La durata della tbc. polm. — H. SCHULT-TIGGESE. La questione della frenectomia. — K. KLARE e E. DEHOF. Segno di D'Espine e roentgenogramma.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 lug. — B. BERNARDINI. Terapia cianocuprica della tbc. polm.

Anales Faculd. de Med., Montevideo, mar. e apr. — Sullo Schizotripanum Cruzi e il morbo di Chagas. — V. FUENTES Y RUBINO. Sulla glicolisi.

— D. PRAH. Riduzione delle lussazioni antiche dell'omero.

Annales de Méd., giu. — A. GOSSET e W. MESTREZAT. Dietetica e terapia delle litiasi alcaline primitive. — R. BENSAUDE, A. CAIN e P. HILLEMAND. I diverticoli del crasso.

Deutsche Mediz. Wochens., 13 lug. — KÜTTNER. Epatargia, colasco cronico (versamento di bile nel cavo addominale) e altre affezioni problematiche della chirurgia delle vie biliari. — F. TONIETTI. Stima della funzione epatica mediante la cromocoloscopia.

Paris Méd., 14 lug. — F. TERRIEN. Trattamento profilattico della cataratta secondaria. — R. TARGOCOLA e B. REVERCHON. Fughe, mal comiziale e alcoolismo.

Scalpel, 7 lug. — VERVAECK. Alcuni aspetti medici e psicologici della cocainomania.

Ann. di Med. Nav. e Col., mag.-giu. — G. FIORITO. La fagocitosi delle piastrine. — C. M. BELLI e G. GELONESI. Influenza degli ambienti caldi di lavoro nelle navi.

Journ. de Med. de Bordeaux, 10 lug. — P. GRACARDY. Agorafobia familiare.

Prensa Méd. Argent., 10 lug. — G. ARÁOZ ALFARO. Le febbrette prolungate, pertinaci. — C. B. UDAONDO. Achilie gastriche funzionali.

Lancet, 14 lug. — A. J. WALTON. Chirurgia della tiroide. — A. BALFOUR. L'acclimatamento.

Medicina Ibera, 14 lug. — R. ALCALA SANTAELLA. La vascolarizzazione renale.

Archivos de medicina, cirugia y especialidades, 4 agosto. — BARRERA. La invaginazione intestinale. — HEYER. Influenze psichiche sull'andamento della digestione.

Archivos de Cardiologia y Hematologia, luglio. — MAS Y MAGRO. Studî sperimentali sulla eosinofilia.

Annali di Igiene, luglio. — SANARELLI. Patogenesi del colera. Vie d'ingresso e di egresso dei vibrioni colerigeni nell'organismo animale.

Quaderni Psichiatria, luglio-agosto. — SALMON. Meccanismo genetico dei crampi professionali.

Arch. farmac. sperim., 1° lugl. — LIOTTA. Scorbuto sperimentale.

Id., 1° e 15 agosto. — MAESTRINI. La legge del lavoro del cuore. — BUSACCA. Ricerche sperimentali sulla crisi nitritoide da arsenobenzoli.

Proceedings Roy. Soc. Medic., ag. — Discussione sul vago e simpatico in relazione alla Climatoed Idrologia. Discussione sul trattamento della sifilide nervosa.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben, giugno. — BALL. Toracoplastica extrapleurale nella tubercolosi polmonare. — VOSS. Blastomicosi generalizzata con quadro di meningite.

Presse médicale, 4 agosto. — IMBERT. Trattamento delle pseudoartrosi con iniezioni di siero di fratturati. — CASTELNAU. Il riflesso oculo-cardiaco negli asmatici.

Boston medical and surgical Journal, 26 luglio. — FEINBLATT. Analisi di 108 casi di polmonite con autopsia. — SHATTUCK. Un caso di filariosi contratto in Boston.

Journ. of Amer. med. Ass., 21 lug. — PARDEE. Standardizzazione della digitale. — CHAMPLIN. Risuscitazione per mezzo di iniezioni endocardiache di cloruro di epinsefrina. — COLEMAN. Profilassi di certe forme di malattie valvolari croniche.

Rivista Ospedaliera, 15 luglio. — MASCI. Echinococcosi polmonare metastatica. — PERTICONE. Eritema polimorfo con decorso *sui generis*.

Riv. critica di clin. medica, 15 maggio. — PUCCIONI. Modificazioni nel reperto ematologico nel vecchio.

Gazz. Osp. e Cliniche, 5 agosto. — LA TORRE. Studio endocrinologico su 50 alienati.

Münch. med. Wochen., 3 agosto. — MARTINS. La legge di Arndt-Schulze. — JEHN. Per la critica del pneumotorace. — GRABE. Profilassi del tifo esantematico in paesi incivili. — WINKLER. Le arterie serpiginose.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali.

L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 19 novembre 1923 — Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Sen. prof. G. SANARELLI.

La vaccinazione antirabica col metodo dei vaccini fenicati a crescente virulenza.

Statistica del primo biennio d'applicazione.

Dott. GIULIO LECCISOTTI.

La vaccinazione antirabica ebbe in Pasteur il suo geniale iniziatore. Al pessimismo ed alla pietà, che per il rabbioso la medicina empirica aveva magistralmente espressa «*miserrimum genus morbi, in quo simulaeger sitis et aquae metu cruciatur*», il Pasteur, con luminosi esperimenti fissando le basi della vaccinazione antirabica, sostituì un giustificato ottimismo della prognosi della malattia. I continuatori della sua opera, nella ignoranza dell'etiologia della rabbia e con incomplete cognizioni dei fattori immunitari dei vaccini antirabici, ben poco si discostarono dal vecchio metodo di vaccinazione. Alcuni di essi, nell'intento di conferire l'immunità nel minor tempo possibile, trascurarono le misure di prudenza adottate da Pasteur e giunsero ad inoculare nei primi giorni di cura virus fisso fresco, determinando con questo casi di paralisi e di morti da vaccino; altri cercarono nuovi mezzi fisici di attenuazione del virus (diluizione, ecc.), o più facili modi di conservazione di esso (glicerina, ecc.), ottenendo soltanto semplificazioni, ma non reali vantaggi sul metodo Pasteur.

Alla vaccinazione Pasteuriana e di conseguenza alla maggior parte degli altri metodi in uso, si rimproverò giustamente:

1) la non completa innocuità, dimostrata dai numerosi casi di paralisi e di morti da vaccino;

2) la frequenza di reazioni locali dolorose, per cui spesso le iniezioni riescono di grave molestia;

3) la non completa garanzia di sterilità, perchè più volte si verificarono ascessi ed anche setticemie;

4) la relativamente alta percentuale di insuccessi.

Un vero progresso nella pratica delle vaccinazioni antirabiche segnò il metodo italiano col vaccino attenuato all'acido fenico, ideato da Fermi e perfezionato da Puntoni. Questo metodo, frutto di rigorose e pazienti ricerche, applicato all'uomo nell'Istituto Antirabico di Roma, ci fornisce per il biennio 1920-1921 così brillanti risultati, quali certo non era possibile sperare con altri metodi.

Credo utile, prima di riferire i dati statistici, illustrare brevemente l'evoluzione del metodo fenicato, ed esporre i concetti e gli esperimenti che determinarono il Puntoni all'applicazione dei suoi vaccini a graduale virulenza.

AZIONE DELL'ACIDO FENICO
A CONTATTO DEL VIRUS RABICO.

Gli studi sul potere attenuante dell'acido fenico a contatto col virus rabico, di somma importanza per il suo impiego nella vaccinazione, erano così discordanti nei loro risultati, che si imponevano nuove e pazienti ricerche affinchè la questione fosse risoluta in un modo serio ed attendibile.

Infatti le ricerche di De Blasi e Russo-Travali, del Babes e Bobes, quelle stranissime e paradossali di Sawtchenco, quelle di Semple e quelle di Fermi e della sua scuola giungono a così diversi risultati, che non è possibile farsi un concetto di quanto possa l'acido fenico sul virus rabico.

L'importanza dell'argomento decise il Puntoni ad intraprendere nuove ricerche. Egli eseguì i suoi esperimenti prendendo in considerazione tutti gli elementi capaci di influenzarne i risultati: concentrazione dell'acido fenico, concentrazione della sostanza nervosa rabica, temperatura, modo di preparare l'emulsione. Adoperò il virus fisso di Roma, che inoculato al coniglio per via sottodurale, dà la rabbia paralitica con una incubazione di cinque giorni e la morte al settimo giorno dall'inoculazione. Questo stesso virus, inoculato sottodura alle cavie, dà la rabbia dopo quattro giorni e la morte al sesto giorno dall'inoculazione. Esso ha scarsa virulenza per via sottocutanea.

1. *Concentrazione dell'acido fenico.* — L'autore inoculava nello spessore del cervello delle cavie la dose di 0.10 cmc. di un'emulsione di 5 gr. di cervello di coniglio morto per virus fisso, previamente pestati per 15' in un mortaio, in soluzione fenica 0.25-0.50-1-2 %; passata poi per setaccio e mantenuta alla temperatura di 20-22° C.

Risultò: le soluzioni fenicate al 0.25 % nelle descritte condizioni sono completamente inattive sul virus fisso e permettono lo sviluppo dei microbi di inquinamento; le soluzioni al 0.50 % uccidono il virus solo dopo un mese di contatto e non garantiscono la sterilità completa delle emulsioni. L'acido fenico all'1 %, invece, inattiva il virus fisso dopo sei giorni e lo sterilizza in 24 ore dagli eventuali microbi d'inquinamento; allunga l'incubazione della malattia se tenuto in contatto per più breve tempo. L'emulsione fenicata al 2 % è inattiva già dopo 24 ore.

2. *Temperatura.* — L'A. adoperò emulsioni di sostanza nervosa rabica (5 gr.) in 100 cmc. di soluzione fenica al 0.5 od all'1 % preparate nel modo descritto e tenute a varia temperatura.

Risultò che le alte temperature aumentano il potere attenuante dell'acido fenico, tanto che a 37° C le emulsioni in soluzioni fenicate all'1 % sono inattive già dopo 24 ore. Per la temperatura di 20° C le emulsioni in acido fenico all'1 % furono inattivate dopo 6 giorni, mentre l'acido fenico al 0.5 % uccise il virus solo dopo 15 giorni. Sotto i 0° C non si ebbero notevoli modificazioni nell'attività dell'acido fenico, mentre le temperature tra 0 e 20° C si comportarono egualmente ai 20° C.

3. *Concentrazione della sostanza nervosa rabica.* — Preparando emulsioni di 5 o 10 gr. di sostanza nervosa rabica in 100 cmc. di soluzione fenica all'1 % alla temperatura di 20° C, risultò che la concentrazione della sostanza nervosa rabica ha scarsa influenza sul potere attenuante dell'acido fenico.

4. *Modo di preparare le emulsioni.* — L'attività del virus è tanto più attenuata quanto maggiore è il tempo di trituramento della sostanza nervosa. Occorre perciò stabilire il tempo di triturazione che il Puntoni fissa in 15'.

Da questi esperimenti Puntoni dedusse le condizioni migliori per la preparazione dei vaccini fenicati al limite della virulenza. Convenne con Fermi che le condizioni elettive sono rappresentate dalle emulsioni di 5-10 gr. di sostanza nervosa rabica in 100 cmc. di soluzione fenica all'1 %, e aggiunse che la temperatura dovesse essere di 20-22° C e la durata della triturazione di 15'.

Con i lavori di Puntoni venivano stabilmente fissate le modalità dell'azione attenuante dell'acido fenico sul virus rabico, ed il grado di attenuazione da doversi raggiungere coi vaccini fenicati affinchè essi fossero assolutamente innocui e nello stesso tempo efficaci al massimo.

VARI TIPI DI VACCINI FENICATI.

Riconosciuta l'attività attenuante dell'acido fenico a contatto del virus rabico, i diversi AA. che sull'argomento avevano fatto le più minute ricerche proposero ed applicarono ognuno un proprio metodo di vaccinazione.

A) METODO FERMI. Fu introdotto dall'A. nel 1906 col giusto titolo di « Nuovo metodo Italiano di vaccinazione ». Esso consiste nel praticare per un mese due iniezioni giornaliere di 3 cmc. di una emulsione di 5 gr. di virus fisso in 100 cmc. di soluzione fenicata all'1 %. La formula di vaccinazione è uguale per tutte le morsicature tanto gravi che leggere, e le emulsioni, preparate vari giorni prima dell'uso, non devono essere impiegate oltre i cinque mesi dalla preparazione.

Con numerosi esperimenti sugli animali Fermi documentò i pregi del suo vaccino che si possono così riassumere:

1° asetticità e avirulenza per via sottocutanea;

2° atossicità (l'A. non ha mai osservato paresi o paralisi col suo vaccino);

3° efficacia maggiore in confronto dei metodi Pasteur, Calmette, Högyes, ecc.

È interessante ricordare che, paragonando il suo metodo a quello di Pasteur, Fermi asserisce che l'essiccamento ha gran parte nel diminuire l'efficacia del vaccino, e questo spiega i migliori risultati che hanno dato le modificazioni della vaccinazione Pasteuriana quando si escluse l'essiccamento quale mezzo attenuante. A riprova ricorda che Gamaleia attribuisce il maggior numero degli insuccessi, che col metodo Pasteur si hanno nell'estate, all'essiccamento che è maggiore in questa stagione.

Nell'intento di migliorare il suo metodo il Fermi preparò nel 1909 un sierovaccino nella proporzione di una parte di siero antirabico, ottenuto dal cavallo, su tre di vaccino.

Il metodo Fermi portò una sensibile diminuzione della mortalità, come l'A. stesso dimostra con un confronto delle statistiche dell'Istituto Antirabico di Sassari, ove in principio era adottato il metodo Pasteur:

(1)	Veri insuccessi %	Falsi insuccessi %	Mortalità assoluta %
890-904 (Met. Pasteur)	0.15	0.15	0.30
1906-909 (Met. Fermi)	0.00	0.70	0.70
1909-915 (Siero vaccino)	0.00	0.10	0.10

Critiche del Babes al Metodo fenicato.

Per gli esperimenti intrapresi dal Babes in collaborazione col Bobes per determinare il potere attenuante dell'acido fenico, il Babes asserisce che i vaccini fenicati sono da sconsigliarsi per tre ragioni:

1° perchè in principio sono virulenti e quindi pericolosi;

2° perchè dopo aver perduta la virulenza essi acquistano notevoli proprietà tossiche;

3° perchè l'azione immunizzante scompare con la virulenza e quindi i vaccini morti non rappresentano un buon materiale vaccinante.

Con la prima obiezione egli vede nei vaccini fenicati un pericolo perchè essi danno la rabbia per via sottodurale. Perchè un pericolo veramente esistesse egli avrebbe dovuto trovarli virulenti per via sottocutanea, poichè nell'uomo le iniezioni di vaccino si fanno sempre per tale via. D'altra parte meraviglia, come giustamente osserva Puntoni, che una simile critica venga proprio dal Babes, il quale, sostenitore del metodo di vaccinazione intensiva, inietta ai morsicati gravi il virus fisso fresco fin dal primo o secondo giorno di cura, il che è ben altrimenti pericoloso per l'iniezione di un vaccino fenicato.

Nessun valore ha la seconda asserzione che accusa i vaccini fenicati di un alto potere tossico. I pochi esperimenti del Babes contrastano notevolmente con le ben più estese esperienze di Fermi, Semple e Puntoni, i quali non ebbero mai a lamentare casi di paralisi e paresi.

L'inefficacia totale del vaccino fenicato che ha perduto la sua virulenza (3ª obiezione) non può essere leggermente affermata sulla falsa analogia con quello che si verifica per i midolli Pasteur.

Per l'azione dell'acido fenico, che conserva inalterata la sostanza nervosa, viene sfruttata nella vaccinazione fenicata quella immunità aspecifica che Babes stesso mise in evidenza. D'altronde il largo uso che Semple, per oltre 10 anni, ha fatto col suo vaccino completamente avirulento anche sottodura, dimostra chiaramente che non può negarsi ai vaccini fenicati avirulenti un notevole grado di potere immunizzante.

Al Babes può essere riconosciuta solo una buona ragione, come osserva Puntoni: che cioè si debba fissare il grado di virulenza dei vaccini che si inoculano.

B) METODO SEMPLE. L'A. inglese, inspirandosi ai metodi di preparazione per i vaccini anticolerico e antitifico, ritiene che per misure di prudenza occorra preparare anche per la rabbia dei vaccini completamente avirulenti. Il suo vaccino si prepara rendendo avirulenta una emulsione di virus fisso all' 8 % in soluzione fenicata all' 1 % col tenerla per 24 ore alla temperatura di 37° C. Prima dell'uso egli ne fa una soluzione a parti eguali con soluzione fisiologica e pratica un'iniezione sottodurale al coniglio per accertarsi che il virus è completamente ucciso. Tra la preparazione e l'uso del vaccino decorrono di solito 10-20 giorni. Questo metodo fu proposto da Semple nel 1911 e non rappresenta che una modificazione di quello adottato da Fermi. Notevoli miglioramenti nella mortalità per rabbia portò la sua applicazione nell'India.

C) METODO A CRESCENTE VIRULENZA (PUNTONI). Questo metodo unisce agli indiscutibili pregi del vaccino Fermi quello di determinare una più salda immunità, inoculando una serie di vaccini a graduale virulenza, secondo i concetti del Pasteur. Nell'idearlo Puntoni partì dalla convinzione (dedotta sperimentalmente) che i vaccini « vivi » sono più efficaci di quelli

(1) FERMI. Il nuovo metodo italiano per la cura antirabica. Suppl. agli Annali di Igiene. Anno XXVI, pag. 114.

«morti», e che conviene di conseguenza adoperare per la vaccinazione il virus fisso attenuato quanto basta perchè risulti innocuo, ma tuttavia vivo. L'organismo, similmente a quanto si fa col metodo Pasteur, viene prima preparato con vaccini morti, e poi riceve vaccini di virus vivente sempre più virulento.

Al nuovo metodo Puntoni fornì una larga base sperimentale con cui si propose:

1) di determinare come decorre l'attenuazione del virus per mezzo dell'acido fenico in confronto di quella ottenuta con l'essiccamento;

2) di paragonare tra loro l'efficacia dei tre metodi: Pasteur, Fermi, Puntoni. L'efficacia maggiore del mètodo Puntoni in confronto degli altri metodi risultò evidentissima da esperienze eseguite su tre lotti di conigli. Furono vaccinati 5 conigli col metodo Pasteur, 4 col metodo Fermi, 5 con le emulsioni fenicate a crescente virulenza. Al 15° giorno dal termine della vaccinazione tutti i conigli ricevettero virus fisso per via sottodurale. I 5 conigli trattati coi midolli Pasteur non resistettero a tale prova rigorosa e morirono tutti con i sintomi di rabbia paralitica. La vaccinazione Fermi protesse due dei 4 conigli così trattati. Dei 5 conigli inoculati col vaccino fenicato a graduale virulenza, 4 sfuggirono alla malattia. Dopo 45 giorni furono reinoculati sottodura con virus di strada 2 dei 4 conigli scampati col metodo Puntoni e 1 dei 2 conigli scampati col metodo Fermi. Tutti e tre si salvarono e non presero la rabbia nemmeno dopo una terza inoculazione sottodura di virus di strada fatta a distanza di due mesi. A riprova dei risultati ottenuti il Puntoni istituì ricerche sul potere rabicida del siero dei conigli vaccinati come già si è detto. Egli preparò emulsioni centesimali di virus con siero alle varie concentrazioni di: 1:10, 1:50, 1:200, 1:500, 1:1000, 1:2000, 1:5000, 1:10000; e le inoculò nella quantità di 0.20 cmc. nello spessore dell'encefalo delle cavie. Ripetendo più volte le prove, egli titolò il siero di 2 conigli vaccinati coi midolli Pasteur 1:50 e 1:100. Il siero dei conigli trattati col vaccino Fermi fu attivo alla concentrazione di 1:500; negli animali vaccinati col metodo graduato il siero fu titolato 1:1000.

Applicazioni sull'uomo.

Incoraggiato dai risultati sperimentali Puntoni passò alla pratica applicazione del suo metodo. Infatti, fin dal 1920, nell'Istituto di Roma venivano adottati per le vaccinazioni antirabiche umane i vaccini fenicati a crescente virulenza, di cui l'A. ancora oggi non ha che a lodarsi. Per la preparazione del vaccino si seguono le proporzioni stabilite da Fermi che il Puntoni aveva trovate ottime nei suoi esperimenti (5 gr. di sostanza nervosa rabica fissa spinale o cerebrale, in 100 cmc. di soluzione fenica all'1 %). Il materiale è previamente triturato in un mortaio per un tempo stabilito (15'). Il vaccino così ottenuto viene filtrato per tela metallica e mantenuto alla costante temperatura di 20°-22° C. Il vaccino viene preparato ogni giorno e le emulsioni non vengono conservate al di là del 10° giorno. Come per i midolli Pasteur i giorni di invecchiamento sono espressi coi numeri da 1 a 10. Le emulsioni dal 10 al 7 contengono virus non più attivo sottodura; attive invece sono le emulsioni da 6 a 1.

Negli anni 1920-21-22, il trattamento durava 22 giorni, e si principiava con vaccini vecchi di 10 giorni arrestandosi a quelli di 2 giorni. Si praticavano 3 serie di iniezioni, cosicchè il trattamento comprendeva 44 iniezioni e venivano introdotti 7 gr. di sostanza nervosa rabica trasformata in vaccino. Ogni giorno si praticavano due iniezioni di 3 cmc. ognuna, introducendo così 30 ctg. di sostanza nervosa. Per le morsicature alla faccia e per quelle alla testa il trattamento veniva intensificato, e in casi gravissimi, specie se giunti con ritardo, si praticavano 75 ed anche 100 iniezioni in 4 settimane, introducendo senza alcun inconveniente 12-15 gr. di sostanza nervosa.

Nuove interessanti ricerche inducevano il Puntoni ad adottare una formula ancora più intensa. Il virus di Roma che fino al 1919 si era dimostrato di una discreta virulenza sottocutanea, poichè 1/4 dei ratti morivano se inoculati per tale via, e che per via endoculare era costantemente letale, si presentava privo di tali qualità nel 1921. Tale trasformazione del virus fu controllata più volte con esperimenti in cavie e conigli provando tutte le vie di inoculazione conosciute: la sottocutanea, la endomuscolare, la endoculare, la cerebrale.

Gli animali inoculati sottocute e per via endomuscolare sopravvissero tutti indistintamente all'infezione, e furono tenuti in osservazione per 5-6 mesi. In alcuni di essi, morti per malattie intercorrenti, fu praticato l'esame biologico con risultato negativo. La via endoculare su 12 conigli e 10 cavie trasmise la rabbia in un sol caso. Per via cerebrale si osservò costantemente la morte degli animali in esperimento con una incubazione inalterata (5 per il coniglio e 4 per la cavia).

Puntoni esclude che tale fenomeno sia da attribuirsi ad una attenuazione del virus perchè è inalterata la sua virulenza endocerebrale; pensa ad un adattamento del virus che,

mentre ha aumentata la sua affinità per il sistema nervoso centrale, ha subìto una perdita dell'affinità per le terminazioni nervose periferiche. Per queste modificate qualità del virus di Roma giustamente il Puntoni lo chiama l'ideale dei virus per la preparazione dei vaccini.

Nel presente anno (1923), sfruttando questa assoluta innocuità del virus per via sottocutanea, il trattamento antirabico è praticato in un modo più intensivo, secondo la seguente formula:

Prima Serie		Seconda Serie		Terza Serie	
1° giorno	virus ucciso	10° gior.	4	17° gior.	3
2° "	" "	11° "	3	18° "	2
3° "	5	12° "	2	19° "	2
4° "	4	13° "	2	20° "	1
5° "	3	14° "	1	21° "	1
6° "	2	15° "	1	22° "	1
7° "	2	16° "	1		
8° "	1				
9° "	1				

(Due iniezioni al giorno nella stessa seduta).

Per le morsicature gravi e con ritardo si adoperò quest'altra formula di vaccinazione:

1ª Serie		2ª Serie		3ª Serie		4ª Serie	
1° gior.	+	8° gior.	4	15° gior.	3	21° gior.	3
2° "	5	9° "	3	16° "	2	22° "	2
3° "	4	10° "	2	17° "	2	23° "	2
4° "	3	11° "	2	18° "	1	24° "	1
5° "	2	12° "	1	19° "	1	25° "	1
6° "	1	13° "	1	20° "	1	26° "	1
7° "	1	14° "	1				

(Tre o quattro iniezioni al giorno in due sedute).

A conferma dei risultati ottenuti titolando il siero dei conigli il Puntoni saggiò il potere rabicida delle persone vaccinate con i due metodi: Pasteur e Puntoni. I risultati si riferiscono a nove persone, di cui 5 erano state trattate con i midolli Pasteur e 4 col metodo graduato. Il titolo del siero dei vaccinati col primo metodo risultò rispettivamente di 1:100, 1:200, 1:200, 1:50, 1:500. Nei 4 trattati coi vaccini Puntoni il siero si mostrò rispettivamente attivo alle concentrazioni 1:1000, 1:5000, 1:2000, 1:1000.

Per il metodo dei vaccini fenicati a graduale virulenza, giustamente potrebbe ripetersi quanto Fermi asseriva per il suo vaccino, e cioè che esso presenta tutti i vantaggi senza alcun inconveniente. Infatti anche quei fenomeni per primi osservati dal Cornwall, e da Puntoni ravvicinati allo shock determinato dall'introduzione in circolo di estratti o emulsioni di organi, si presentano con estrema rarità dacchè, nel praticare le iniezioni, ci si assicura di non essere penetrati in un vaso sanguigno. Le reazioni locali settiche, pur tanto temute nei vecchi metodi di vaccinazione, sono completamente sconosciute coi vaccini fenicati, perchè l'acido fenico dà assoluta sterilità all'emulsione.

Ugualmente può asserirsi per le setticemie un tempo così frequenti.

Nonostante le grandi dosi di sostanza nervosa che vengono inoculate, le reazioni locali asettiche si producono in un numero di casi molto esiguo rispetto a quelle che si hanno col metodo Pasteur. Esse si verificano più facilmente nelle persone adipose, e compaiono quasi sempre nella seconda settimana del trattamento, così che è giusto ravvicinarle ai fenomeni di anafilassi.

Per le reazioni generali si può affermare che si presentano di rado. Il metodo Pasteur ha un'eguale frequenza di tali inconvenienti.

Per rendersi conto della superiorità dei vaccini fenicati a crescente virulenza sugli altri metodi di vaccinazione è bene ricordare il meccanismo dell'immunità antirabica. Essa è data da due fattori:

1) immunità specifica determinata dal virus rabico, che è tanto più salda quanto più attivo è il virus;

2) immunità aspecifica, o terza immunità, operata dalla sostanza nervosa introdotta con i vaccini, e che è tanto più alta quanto più la sostanza è fresca.

Sulla base di queste conoscenze è facile rendersi conto della maggiore efficacia del metodo Puntoni. Infatti il metodo Pasteur, mentre sfrutta nel miglior modo il potere immunizzante specifico del virus, abolisce col disseccamento il potere immunizzante aspecifico della sostanza nervosa.

Il metodo Fermi, invece, utilizza l'immunità aspecifica, poichè l'acido fenico conserva intatta la costituzione e l'attività della sostanza nervosa, mentre, servendosi dal principio alla fine della vaccinazione di materiale che può anche essere avirulento, non disciplina convenientemente il potere immunizzante specifico.

Il metodo Puntoni dà il massimo rendimento perchè utilizza i due fattori dell'immunità antirabica e riassume perciò i vantaggi dei precedenti metodi.

Dati statistici dell'applicazione del metodo Puntoni nell'Istituto antirabico di Roma (anni 1920-1921).

	PERSONE	
	Anno 1920	Anno 1921
Le presentazioni furono	1025	1336
Tra queste furono rinviate	265	414
Sospesero la vaccin. perchè l'animale fu ritrovato e risultò sano	88	101
Sospesero la vaccin. senza giustificati motivi	48	51
Le vaccinazioni ultimate furono	624	770
L'animale fu ritrovato dopo ultimata la vaccin. e risultò non rabbioso	22	25
Restano perciò da considerarsi agli effetti statistici	602	745

Dividendo i morsicati in tre categorie:

a) morsicati da cani rabbiosi per accertamenti di laboratorio;

b) morsicati da cani rabbiosi per certificato veterinario o per evidenti sintomi clinici;

c) morsicati da cani semplicemente sospetti, si ha:

ANNO 1920				ANNO 1921			
Cat.	Uom.	Donne	Totale	Cat.	Uom.	Donne	Totale
A.	162	81	243	A.	245	134	379
B.	140	76	216	B.	112	52	164
C.	105	48	143	C.	151	51	202

Topografia delle lesioni.

	ANNO 1920				ANNO 1921			
	A.	B.	C.	Totale	A.	B.	C.	Totale
Testa	10	13	5	28	40	14	10	64
Mani e parti scoperte	138	113	72	343	230	90	107	427
Tronco e parti coperte	95	70	66	231	109	60	85	254

Professioni dei morsicati	Anno 1920	Anno 1921
Contadini	280	307
Professioni manuali	131	251
Impiegati, professionisti e classi borghesi	96	98
Militari	19	29
Non precisata	76	50

Ritardo di presentazione.

	ANNO 1920				ANNO 1921			
	A.	B.	C.	Totale	A.	B.	C.	Totale
Nelle prime 48 ore	35	42	45	120	71	33	57	161
Dopo 2 giorni e dentro 5 g.	64	75	41	180	101	69	71	241
Dopo 5 giorni e dentro 10 g.	94	65	38	197	96	32	42	170
Dopo 10 giorni e dentro 15 g.	31	21	11	63	50	15	25	90
Dopo 15 giorni e dentro 30 g.	13	8	6	27	40	9	6	55
Dopo e oltre un un mese	2	2	2	6	4	1	1	6
Data non precisabile	6	3	—	9	17	5	—	22

Mesi in cui avvennero le morsicature.

	Anno 1920	Anno 1921
Gennaio	42	56
Febbraio	68	63
Marzo	39	94
Aprile	59	50
Maggio	67	86
Giugno	50	65
Luglio	73	52
Agosto	37	58
Settembre	46	76
Ottobre	50	49
Novembre	38	64
Dicembre	33	32

Età dei morsicati.

	Anno 1920	Anno 1921
Tra 1 e 5 anni	59	68
„ 5 „ 10 „	115	150
„ 10 „ 15 „	93	119
„ 15 „ 20 „	77	82
„ 20 „ 30 „	91	120
„ 30 „ 40 „	59	67
„ 40 „ 50 „	47	60
„ 50 „ 60 „	36	56
„ 60 „ 70 „	17	26
Oltre i 70 ann	8	7

Specie degli animali morsicatori.

	Anno 1920	Anno 1921
Cani	580	715
Gatti	6	22
Capre	1	—
Bovini	9	2
Topi	1	1
Equini	1	2
Suini	2	1
Uomini	2	2

Regioni da cui provennero i morsicati.

	Anno 1920	Anno 1921
Abruzzi	145	121
Lazio	276	367
Umbria	131	198
Marche	23	19
Campania	11	7
Toscana	17	23
Puglie	2	7
Calabria	2	—
Liguria	2	2
Sicilia	1	—
Emilia	2	—
Lombardia	—	1

Esami eseguiti per l'accertamento della rabbia.

ANNO 1920.

Specie animali	Teste non esaminate per putrefazione o altro.	ESAMI	
		Positivi	Negativi
Cani	32	162	48
Gatti	1	2	6
Topi	—	—	1
Maiali	—	2	—
Montoni	—	1	—
Vaccine	—	1	—

Oltre ad un cervello umano con esito positivo.

Per i positivi in numero totale di 169 si tenga presente:

1) che 15 non furono esaminati microscopicamente e riuscirono positivi all'esame biologico che fu il solo eseguito;

2) che 133 riuscirono positivi all'esame microscopico e quindi fu tralasciato l'esame biologico;

3) che 21 risultarono negativi all'esame microscopico e positivi all'esame biologico.

Notevole che dei 154 esami eseguiti tanto istologicamente che biologicamente (2° + 3°), 133 risultarono subito positivi istologicamente, ossia l' 88.36 %, invece 21, ossia il 13.64 %, mentre risultarono negativi all'esame istologico, risultarono poi positivi all'esame biologico.

ANNO 1921.

Specie animali	Teste non esaminate per putrefazione o altro.	ESAMI	
		Positivi	Negativi
Cani	87	193	46
Gatti	2	6	6
Vitelli	—	3	1
Volpi	—	—	1
Conigli	—	—	1
Maiali	—	1	—
Cavalli	—	1	—

Per i positivi in numero totale di 204 si tenga presente:

1) che 10 non furono esaminati microscopicamente e riuscirono positivi all'esame biologico che fu il solo eseguito;

2) che 169 riuscirono positivi all'esame microscopico e quindi fu tralasciato l'esame biologico;

3) che 25 risultarono negativi all'esame microscopico e positivi all'esame istologico.

Dei 194 esami eseguiti tanto istologicamente che biologicamente (2° + 3°), 169 risultarono subito positivi istologicamente ossia l'87,11 %, invece 25 ossia il 12,88 %, risultarono negativi all'esame istologico e positivi all'esame biologico.

Gli esami furono eseguiti nel seguente modo: si fecero inclusioni in paraffina e si colorarono i preparati col metodo del Mann. Quando vi erano dubbi sulla positività dei reperti si ricorreva alla inoculazione di due cavie, ripetendo poi l'esame microscopico se queste venivano a morte.

***

Dalle annesse tabelle si rileva che i risultati delle varie suddivisioni dei morsicati durante il biennio 1920-21, sono tra loro paragonabili.

Ciò permette di supporre che essi si abbiano con una quasi costante regolarità nelle statistiche dell'Istituto Antirabico di Roma, per cui è possibile far delle considerazioni d'indole generale sul movimento dei vaccinati nel suddetto Istituto:

1) Nel suo trattato Babes afferma che nelle statistiche antirabiche la categoria *B*) è la più affollata. Per le nostre statistiche invece ciò si verifica per la categoria *A*);

2) Gli uomini, come sempre, figurano più frequentemente delle donne;

3) Il movimento dei morsicati è massimo nella primavera e nell'estate, minimo nell'autunno, a differenza di quanto si osserva negli altri Istituti, in cui i casi di morsicature presentano nell'autunno una media frequenza e sono poi nell'inverno molto più radi;

4) Le morsicature più frequenti sono quelle alle parti scoperte che nell'anno 1920 rappresentano il 56,90 % di tutte le morsicature, e nel 1921 figurano nella proporzione del 60 %;

5) Il punto di densità maggiore nella seriazione distributiva del ritardo di presentazione si trova tra i 5 e i 10 giorni dalla morsicatura;

6) I contadini e le professioni manuali figurano nel maggior numero;

7) L'età in cui avvengono più frequentemente le morsicature è fra i 5 e i 10 anni.

***

Fra i vaccinati dell'Istituto Antirabico di Roma, negli anni 1920-21, si ebbero i seguenti casi di morte:

1) Antonio Folgori, di anni 6, da Mandela (Roma).

Si presentò il 23 febbraio 1920 con cinque giorni di ritardo. Dopo due giorni sospese per una settimana la cura per una malattia intercorrente (influenza). Era stato morsicato attraverso una sottile camicia, e presentava all'avambraccio sinistro delle ferite lacero-contuse molto profonde e lunghe 1 e 1/2 cm. che aveva disinfettate dopo un'ora con nitrato di argento. Moriva di rabbia il 15 maggio 1920.

Evidentemente in questo caso l'inefficacia della cura è da attribuirsi alla irregolarità con cui fu praticata.

2) Paolini Scolastica, di anni 5, da Bellante (Teramo).

Si presentò all'Istituto nel marzo 1920, con 15 giorni di ritardo, per una ferita lacero-contusa di circa 1 e 1/2 cm. alla fronte. La ferita non era stata medicata. Al 22° giorno di cura la bambina moriva all'Ospedale di S. Giovanni con il quadro completo della rabbia.

Il cane morsicatore risultò positivo agli esami eseguiti (N. 138, R. P.).

La sede e le dimensioni della morsicatura unitamente al notevole ritardo nella presentazione dànno sufficiente ragione dell'esito letale. Si noti che questa bambina era stata curata con 4 iniezioni al giorno, di cui due di siero-vaccino Fermi, che fu applicato ai casi più gravi al principio del 1920 e che poi fu abbandonato in seguito a questo insuccesso. Ed infatti l'essersi sviluppata l'idrofobia al 22° giorno di trattamento, dimostra che il siero-vaccino non possiede quei pregi di superiorità da alcuni ammessi, che consisterebbero nell'introdurre anticorpi preformati, e nello stabilire con rapidità lo stato immunitario.

Perciò nell'Istituto Antirabico, negli anni 1920-21, su 1347 vaccinati, la mortalità per veri insuccessi (che si ha 15 giorni dalla fine della cura nelle persone che la eseguirono regolarmente), è del 0,0 %, e di 0,14 % quella per falsi insuccessi (morti durante la cura e nei primi quindici giorni dal termine della medesima, o per cure irregolari).

Domandiamoci ora qual'è la diminuzione di mortalità apportata dall'introduzione del metodo Puntoni nell'Istituto di Roma, in sostituzione del metodo Pasteur.

Disgraziatamente non sono ancora state pubblicate le statistiche dell'Istituto dal 1902 al 1919, da chi allora lo dirigeva, e non è quindi possibile il confronto con gli ultimi anni. Ma sappiamo che la statistica 1889-1902 dette una mortalità globale dell'1.08 %.

La diminuzione è quindi cospicua e soddisfacente, anche ammettendo, come si deve, che una certa diminuzione delle mortalità si sia manifestata in tutti quanti gli Istituti, anche indipendente dal miglioramento dei metodi, e forse pel semplice fatto che si è accresciuta la tendenza ad inviare per le vaccinazioni anche morsicati molto lievi che pel passato non si presentavano.

Le statistiche parlano tuttavia nel senso che in nessun Istituto si è avuto una diminuzione così cospicua, ed a provarlo riporto alcune cifre che ho potuto ritrovare nella letteratura, e che sono assai dimostrative nonostante che non vi sia perfetta identità di tempo con quanto concerne l'Istituto di Roma.

ANNI	Curati	Morti	Mortalità globale %	Diminuzione percentuale di mortalità.
Roma (1889-1902)	1940	21	1.08	
(1920-1921)	1347	2	0.14	0 94
Palermo (1889-1902)	5842	39	0.66	
(1910-1918)	9347	20	0.21	0.45
Torino (1889-1902)	4429	29	0.65	
(1910-1918)	3231	16	0.49	0.16
Bologna (1889-1899)	3214	13	0.39	
(1899-1919)	9662	31	0.32	0.07
Sassari (1890-1904)	—	—	0.30	
(1909-1915)	—	—	0.10	0.20
Parigi (1889-1902)	21068	111	0.52	
(1910-1918)	7239	26	0.37	0.15

Dalle tabelle riportate si rileva:

1) Che la mortalità per rabbia nell'Istituto di Roma negli anni 1889-1902 è stata superiore notevolmente a quella degli altri Istituti presi in considerazione;

2) Che in tutte le statistiche negli ultimi anni vi è una diminuzione di mortalità;

3) Che l'Istituto di Roma ha in questi ultimi anni una bassissima mortalità 0,14 % (rappresentata solo da pseudo insucessi), e che essa è la più sensibilmente diminuita poichè nel 1889-902 era dell'1,08 %.

Questa diminuzione di mortalità è perciò esclusivamente dovuta al metodo adoperato. È da ricordare che la statistica di Roma per il biennio 1920-1921 viene compilata nel presente anno (1923), cioè a tale distanza di tempo che permette di raccogliere anche le eventuali morti tardive per rabbia, mentre è noto che talvolta le statistiche antirabiche, per es. quella di Parigi, vengono pubblicate nel maggio o giugno successivo, cosicchè facilmente sfuggono quei casi di rabbia che hanno un lungo periodo di latenza. Si sa infatti di morti per rabbia dopo sette e più mesi dalla cura.

Preme inoltre far rilevare la esattezza dei risultati riferiti, a cui si pervenne con informazioni assunte dai vari Comuni. A differenza di quello che comunemente si fa nella maggior parte degli Istituti Antirabici, i quali attendono che gli eventuali casi di idrofobia vengano segnalati dai Comuni, l'Istituto di Roma si informò direttamente dello stato dei suoi vaccinati con apposite cartoline dirette ai Sindaci o Ufficiali Sanitari dei Comuni di origine di tutti i morsicati, e sollecitò per ben tre volte le risposte che ritardavano.

Su 336 Comuni non risposero 16 per un numero complessivo di 36 vaccinati. Le ripetute sollecitazioni autorizzano a credere che anche in questi 36 vaccinati non si sia verificato alcun caso di rabbia.

Il rabbioso infatti dà così triste spettacolo della sua fine e talmente impressiona, come ben poche malattie, la memoria dei presenti, che difficilmente sfugge un caso di rabbia, e, qualora si verifichi, è strano supporre che un Comune, per quanto indolente, trascuri di comunicarlo, quando ne sia ripetutamente richiesto.

Si ebbero inoltre notizie di due morti nell'anno 1920 le persone che sospesero la cura dopo poche iniezioni per ingiustificati motivi. Pertanto in questa categoria su 99 persone si ebbe una mortalità del 2 %.

Ricordiamo inoltre il caso di una bambina lattante morsicata alle mani, e morta durante la cura per malattia intercorrente (enterite da impropria alimentazione, complicata da bronco polmonite).

Le eloquenti cifre statistiche riferite permettono di affermare che, portando allo zero la mortalità per veri insuccessi ed a una cifra trascurabile quella per falsi insuccessi, i vaccini fenicati a crescente virulenza rappresentano un eccellente successo ottenuto nella pratica della vaccinazione antirabica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ADRO (Brescia).

Le iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie.

Dott. GIUSEPPE BELLONI, direttore.

Nel I Congresso della Società Italiana di Urologia (Firenze 24 ottobre 1922) Romani e Bosucci di Padova riferirono sull'azione delle iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie. Come conclusione di molteplici esperienze eseguite essi attribuiscono all'esametilentetramina usata per via endovenosa un maggiore potere disinfettante e diuretico che non usata per os, ne confermarono la grande tollerabilità ad alte dosi e la assenza col suo uso di lesioni a carico del rene e della vescica. I primi risultati invero incoraggianti di una tale applicazione dell'urotropina ci hanno indotti ad esperimentare per una ulteriore conferma un metodo di cura che potrebbe per la sua facilità portare non pochi e non lievi benefici in un campo in cui sono tanto facili dopo le lunghe attese i più amari disinganni.

***

Le conoscenze che oggi si hanno sulle proprietà dell'urotropina sono così note che è superfluo il trattarne. Usata da principio solo quale antisettico delle vie urinarie ha trovato poi, specie dopo gli studi del Crowe, larga applicazione in molte affezioni morbose. Recentemente, ad es., Deutsch ha consigliato le iniezioni andovenose di esametilentetramina nella cura del R. A. A. in sostituzione dei soliti preparati salicilici; Limichin ha adoperato le stesse iniezioni in malati di varie affezioni delle vie biliari riscontrando, specie nei casi gravi, una maggiore azione diuretica, antipiretica, antisettica che non per la semplice ingestione del medicamento. Un così largo uso dell'urotropina trova la sua indicazione da una parte nella attitudine che essa ha di scomporsi eliminandosi in ammoniaca e formalina e dall'altra nella sua scarsissima tossicità; per la prima facoltà viene a costituire, oltre che un ottimo diuretico ed uratolitico, il più energico disinfettante delle vie urinarie che noi possediamo; per la seconda, dimostrata ormai sperimentalmente (in un coniglio la dose mortale si raggiunge solo spingendo la somministrazione fino a 10 grammi per ogni kg. di peso dell'animale), permette un uso continuato ed intensivo nello stesso tempo. E tale uso fu infatti perseguito finora, per quanto solo per via gastrica, in non pochi processi morbosi delle vie urinarie con gli esiti a tutti noti; l'uso invece per via endovenosa è affatto recente e coi primi risultati sembra accentuare i vantaggi che si ottengono da quello per os. Essendo identico il meccanismo d'azione nell'impiego dell'urotropina per queste due vie lo studio non poteva essere diversamente rivolto che alla disamina dei vantaggi che l'uso endovenoso offre in paragone di quello orale; su tale criterio sono appunto basate le esperienze dei già citati Romani e Bosucci; con essi anche le nostre furono dirette a provare:

1. se l'azione dell'urotropina per via endovenosa è superiore a quella per os;
2. se l'esametilentetramina per via endovenosa e ad alte dosi è tollerata bene;
3. se tale uso può portare qualche lesione a carico del rene e della vescica;
4. in quali dei processi infiammatori delle vie urinarie l'azione dell'esametilentetramina così somministrata si mostra più efficace.

***

La risposta al primo quesito non può essere meglio basata se non sulle due proprietà che giustificano l'uso dell'urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie: quella disinfettante e quella diuretica; colla prima si oppone direttamente all'agente patogeno, qualunque esso sia, e alle alterazioni da esso portate lungo il decorso delle stesse vie; colla seconda favorisce con una più abbondante diuresi una maggiore diluizione ed eliminazione delle sostanze tossiche dallo stesso prodotte. La formaldeide, frutto della scomposizione dell'urotropina, basa la sua azione disinfettante nella proprietà di impedire a piccole dosi lo sviluppo, ed a dosi maggiori di uccidere i vari bacteri patogeni. Quanto più grande perciò sarà la quantità di formaldeide sviluppata (ciò sarà legato alla quantità di urotropina iniettata) e quanto più prolungata la sua permanenza nell'organismo, tanto maggiore dovrà essere anche la sua azione disinfettanta; di pari passo andrà il potere diuretico, esso pure in rapporto alla quantità iniettata ed alla maggiore o minore permanenza nell'organismo; perciò, più che altre considerazioni questi due soli criteri potevano indirizzarci alla risposta desiderata.

Fra le varie vie di somministrazione di farmaci (cutanea, gastrica, sottocutanea, endomuscolare, endovenosa, endorachidea, endocranica), l'endovenosa è quella verso cui si orienta molta parte della terapia moderna ed essa viene considerata d'elezione ogni volta che si tende ad un effetto rapido e nello stesso tempo sicuro. Infatti il farmaco usato per tale via più prontamente è portato sul terreno prescelto perchè immesso direttamente nella corrente sanguigna, ed in maggiore quantità essendo eliminati molti dei motivi di dispersione tanto facili allora che si scelgono le altre vie, specie le prime, attraverso cui solo dopo un certo lasso di tempo e spesso non poco modificati nella loro composizione i farmaci arrivano nel loro naturale veicolo: il sangue. Ciò spiega perchè nella somministrazione di molti medicamenti alla via gastrica o sottocutanea usate finora si vada oggi sostituendo quella endovenosa.

Senza parlare della sieroterapia in cui questa è la via di somministrazione più comune, Guilbert e Bernard, ad es., usano per via endovenosa il salicilato di soda nel R. A. A.; Pellé, con buoni risultati, il cloruro di calcio nella cura della diarrea e delle emottisi dei tubercolosi; Urteil, con azione più persistente di quella di qualsiasi altro mezzo, l'olio canforato nell'influenza, nella pneumonite, nei laparotomizzati; Lanze con utilità l'alcool a 95 nei casi di colasso, negli alcoolisti, nel *delirium tremens;* ma la via endovenosa appare anche

maggiormente giustificata quando un farmaco deve essere diretto alla cura di processi morbosi delle vie urinarie. Il rene, che di tali vie è il punto di partenza, ha infatti una struttura ed una funzione assai complessa in cui il sangue rappresenta uno degli elementi regolatori più importanti giacchè tutte le funzioni renali sono legate, oltrechè al potere secretorio specifico dell'epitelio renale, alle varie condizioni della circolazione sanguigna; questa perciò viene a costituire la via più adatta perchè più rapidamente si arrivi alle vie urinarie e perchè sulle stesse un farmaco esplichi quella maggiore azione terapeutica che non può essere che o più lunga, o più difficile, od incompleta per os e per altre vie.

A queste considerazioni di ordine generale anche le esperienze da noi eseguite hanno portato la più ampia conferma. L'urotropina, come si è detto, venne finora somministrata solo per via orale e per lo più a dosi frazionate che complessivamente di rado raggiungevano nelle 24 ore i 3 grammi. Nei casi da noi curati per via endovenosa la dose giornaliera venne invece progressivamente innalzata fino a 6 grammi che si iniettavano in una sol volta. Usammo una soluzione al 50 % in acqua distillata e sterilizzata a 70° (oltre tale punto l'urotropina si altera scomponendosi nei suoi due prodotti), e, per la ragione che diremo più avanti, le iniezioni, secondo la tecnica di Minet, vennero fatte per lo più a serie (ordinariamente 3 e più serie di iniezioni quotidiane separate da alcuni giorni di riposo). La serie, di 5 iniezioni ciascuna, erano progressive per cui la quantità di urotropina iniettata era ogni giorno maggiore di quella del giorno e della sèrie precedente (ordinariamente 4 gr. al termine della prima serie, 5 a quello della seconda, 6 a quello della terza). In qualche caso però fin dall'inizio iniettammo 5 gr. persistendo, senza fatti apprezzabili, su tale cifra per alcun giorni. L'esame dell'urina dimostrò come l'urotropina si elimini nei suoi due prodotti di scomposizione lentamente e come tale eliminazione si inizi dopo qualche ora dall'iniezione e si continui pressochè colla stessa intensità per più di due giorni, mentre dopo tale periodo ammoniaca e formaldeide si trovino nell'urina in così piccole proporzioni da rendere pressochè nullo qualsiasi loro potere disinfettante e diuretico. Corrispondentemente a tale reperto nei caratteri fisici e chimici dell'urina si notò:

1. Diminuzione notevole e rapida della densità già dopo la 2ª iniezione ed in qualche caso dopo la 1ª (da 1040-1035 si discese progressivamente fino a 1020-1015); tale diminuzione appare più evidente all'inizio della cura mentre in seguito il peso specifico oscilla attorno ad una cifra pressochè normale.

2. Aumento della quantità globale dell'urina, esso pure maggiormente rilevabile dopo le prime iniezioni. Corrispondentemente a tale aumento si ha una progressiva diminuzione numerica delle minzioni, specie nelle cistiti di qualsiasi natura esse siano.

3. Rischiaramento dell'urina (da torbida si ha chiara); diminuzione della reazione alcalina che viene gradatamente sostituita da quella acida; diminuzione pure rilevantissima dei fosfati. Sopratutto nelle urine con pus l'azione benefica dell'urotropina per via endovenosa appare più evidente: il deposito purulento dopo ciascuna iniezione subisce una graduale e rapida regressione cosicchè in breve si arriva alla sua completa scomparsa.

***

La tollerabilità di un farmaco è in rapporto colla sua tossicità.

Già abbiamo accennto come scarsissima sia la tossicità della urotropina e come solo dopo la somministrazione di notevolissime quantità si possano avere i primi fenomeni tossici. Nell'uso endovenoso e ad alte dosi (6 gr. giornalieri) da noi fatto non notammo disturbi rilevabili nè localmente nè nelle condizioni generali. La tecnica nulla richiede di diverso da quella seguita nelle comuni iniezioni endovenose; la soluzione entra subito in circolo quando si è rigorosamente entrati nel lume vasale, ma in caso contrario localmente non si hanno disturbi di una certa entità per possibili fenomeni irritativi sui tessuti se si eccettuano quelli della rapida distensione degli stessi per l'immissione di liquido abbondante. In un solo caso osservammo qualche alterazione nelle condizioni generali: leggero grado di pesantezza alla testa durato parecchie ore dopo la 1ª iniezione e ripresentatosi ad intervalli ma sempre con minore intensità dopo le iniezioni successive. In tutti gli altri la somministrazione dell'urotropina col metodo in questione venne benissimo tollerata sia all'inizio della cura che durante e sulla fine della stessa; decorso e sintomatologia generale esclusero fenomeni cumulativi o d'anafilassi rilevabili e ciò in rapporto sia alla quantità totale del farmaco iniettato che alla durata più o meno lunga della cura.

* * *

Nello svolgimento delle nostre ricerche era di somma importanza lo stabilire se l'uso continuato dell'urotropina per via endovenosa e ad alte dosi potesse dar luogo a disturbi e lesioni lungo le vie urinarie e precipuamente sul rene e sulla vescica che rappresentano i due organi più importanti per la sua eliminazione; tale quesito assumeva maggiore importanza per il fatto che già a dosi limitate (2-3 gr.) e somministrata esclusivamente per os l'urotropina ha dato luogo in qualche caso a sintomi di irritazione renale e vescicale per cui già si era compresa l'opportunità di una interruzione, sia pure breve, nella sua somministrazione. Un esame attento dei casi da noi curati ha escluso nella quasi totalità la insorgenza di disturbi rilevabili a carico del rene o della vescica. In uno solo (giovane di 27 anni, affetto da cistite blenorragica cronica) uno studio completo delle urine ed il loro esame chimico fecero riconoscere la presenza, in piccola quantità però, di pseudo albumina e l'esame microscopico del sedimento quella di cellule delle basse vie urinarie soltanto. In questo a. al 5° giorno di cura si ebbero i primi sintomi di irritazione vescicale caratterizzati, oltrechè dai caratteri particolari dell'urina, da lieve dolenzia e rare trafitture alla parte e da stimoli alla minzione piuttosto frequenti. Tali manifestazioni ci consigliarono l'interruzione immediata della cura, interruzione che portò dopo solo qualche giorno un alleviamento e dopo circa una settimana la scomparsa di qualsiasi manifestazione. Dopo una quindicina di giorni la cura venne ripresa senza che si verificassero ulteriori disturbi. In un secondo a. (ragazzo di 13 anni, operato di pielonefrite, con piuria piuttosto abbondante e in condizioni di grave deperimento) già 4 ore dopo la 1ª iniezione di 3 gr. si ebbe bruciore vivo alla vescica e maggiormente accentuata la sintomatologia vescicale surriferita. Malgrado ciò il giorno seguente si praticò una seconda iniezione di 4 gr.; si ripeterono più lievi per intensità e per durata gli stessi fenomeni che furono appena accennati dopo la 3ª (5 grammi) e mancarono assolutamente dopo le altre fino a cura ultimata. In questi due soli casi ci fu dato rilevare fatti irritativi a carico delle vie urinarie mentre in tutti gli altri le iniezioni furono ben sopportate; però i fatti sopramenzionati ci persuasero dell'opportunità di seguire in tal genere di cura la tecnica di Minet quale abbiamo riferita e che ci dava colla sicurezza di eliminare qualsiasi inconveniente la possibilità di continuare la cura con la maggiore intensità ed efficacia possibile. La nostra esperienza perciò se esclude le lesioni di una certa entità a carico delle vie urinarie, conferma che a fatti irritativi possa talora dar luogo una cura intensiva e mai interrotta; ma l'aver verificato tali fatti e non meno frequentemente anche colla somministrazione dell'urotropina per os ed a dosi limitate ci induce ad escludere che l'uso endovenoso e ad alte dosi possa avere in confronto dell'altro un carattere di inferiorità e ad attribuirgli invece, per i maggiori vantaggi che offre, un titolo ad essere maggiormente preferito.

Gioverà però sempre tener presente l'opportunità dell'interruzione, almeno per alcuni giorni, della cura ogni qualvolta qualche fatto irritativo si presenti o le particolari condizioni dell'a. lo rendano probabile per quanto tali fatti siano per lo più lievi, a carico il più delle volte della sola vescica ed abbiano anche tendenza a spontaneamente risolversi malgrado la continuazione della cura. Una spiegazione sufficiente della loro insorgenza non ci sembra tanto facile, ma anzichè all'urotropina ci sembra più giustificato attribuirli a particolari condizioni soggettive giacchè un fenomeno così limitato non è altrimenti spiegabile quando identiche sono per quantità e via seguita le modalità della sua somministrazione in molti soggetti.

Nel 1° caso da noi riferito, ad es., tale spiegazione potrebbe ricercarsi in una repentina riacutizzazione del processo cronico, mentre nel 2° all'insorgenza dei vari fenomeni avrebbe molto contribuito lo stato di denutrizione e grave deperimento organico in cui l'a. stesso si trovava.

* * *

Oltrechè negli interventi operativi sulla vescica orinaria allo scopo di impedirne una possibile infezione, nelle cistiti e nelle pieliti l'urotropina ha trovato finora le sue maggiori indicazioni; colla diuresi che essa è destinata a provocare e che assume per lo più il carattere di disinfezione preventiva per fare una lavanda dell'organismo, per diluire il materiale infetto o tossico che passa per il rene, per evitare che esso vi faccia remora, ha pure in tali processi il compito di esercitare un'azione antisettica utile giacchè l'antisepsi più scrupolosa delle vie urinarie si impone sia che cistite e pielite rappresentino la localizzazione di uno stato infettivo generale o quella primitiva di un qualsiasi processo morboso. Per ciò che riguarda la 1ª indicazione essa, benchè la pratica non ce ne abbia permesso una diretta constatazione, deve risultare col

nuovo uso maggiormente manifesta: colla via endovenosa e ad alte dosi è infatti possibile, come si è visto, una disinfezione molto più rapida e molto più efficace.

Le cistiti rappresentano la forma più comune dei processi infiammatori delle basse vie urinarie e per quanto nella loro patogenesi entrino quali fattori determinanti molteplici cause offrono fra loro moltissimi punti di contatto ed il più delle volte ogni miglioramento nella loro sintomatologia richiede una cura diuturna e paziente quando i risultati non riescono affatto nulli malgrado la somministrazione degli antisettici più svariati per os o sotto forma di lavande vescicali.

Nei casi da noi presi in esame l'urotropina usata coi criteri sopra enunciati ci ha condotti a tali risultati (modificazione dei caratteri fisici e chimici dell'urina, specie in rapporto alla piuria che del quadro clinico delle cistiti comuni e della cistite tubercolare rappresenta uno dei sintomi cardinali; regressione graduale ma piuttosto rapida della sintomatologia propria di tali forme), da confermare pienamente la maggiore efficacia del farmaco usato per via endovenosa che non somministrato per os. Fra le varie cistiti quella di origine blenorragica, specie se cronica, risente meno prontamente dell'azione dell'urotropina, ma anche in questa la perseveranza nella cura (5 e più serie di iniezioni) e l'associazione di opportune lavande vescicali hanno alla fine condotto ad esiti soddisfacenti (2 casi di guarigione, e 1 di accentuato miglioramento). Alle iniezioni endovenose di urotropina giova però sempre associare le lavande vescicali e tutte quelle regole di dietetica e cura generale che completano il programma terapeutico di tali processi morbosi. Certo che malgrado i vantaggi constatati coll'uso endovenoso dell'esametilentetramina nelle varie forme di cistite non intendiamo attribuire ad esso il valore di mezzo curativo specifico; ma la facilità di una tale somministrazione, la grande tollerabilità delle alte dosi, rendono indicata e consigliabile, a preferenza della via gastrica, la via endovenosa ogni qualvolta l'uso dell'urotropina appare in tali forme giustificato e si tenda ad effetti più rapidi e più efficaci.

Ma un più alto valore terapeutico ci ha dimostrato l'urotropina per via endovenosa nelle varie forme di pielite, siano esse conseguenza di tossinfezioni generali o la propagazione di lesioni delle vie urinarie inferiori. In queste forme, la cui diagnosi non è sempre facile e che ogni giorno più vanno facendosi frequenti, gli antisettici, specie l'urotropina data per os, hanno già condotto, per quanto non costantemente, a risultati eccellenti, e questi risultati, già non disprezzabili prima dell'intervento operativo (intervento di scelta quando la piuria è abbondante e vi ha presenza di segni di distensione o compressione renale), sono anche maggiori quando dopo l'intervento operativo la antisepsi delle vie urinarie rappresenta, colla rimarginazione della ferita, la ragione di ogni cura ulteriore (questa antisepsi deve interessare tutto il tragitto delle vie urinarie, dal rene alla vescica, giacchè il deflusso del pus prima, del materiale più o meno infetto dopo che il pus fu evacuato produce sempre su di esse alterazioni tali da richiedere una cura assidua ed energica). Ad una cura così concepita crediamo possa perfettamente rispondere la urotropina la cui somministrazione per via endovenosa e ad alte dosi ci ha condotti in brevissimo tempo alla scomparsa di qualsiasi traccia di piuria ed alle normali condizioni delle vie urinarie. (In tre operati di pielite bastò una sola serie di cinque iniezioni a far scomparire ogni traccia di pus, pus che dopo l'intervento operativo può persistere anche a lungo o ripresentarsi replicatamente dopo pause più o meno brevi).

***

Concludendo: l'esperienza da noi fatta, concordando con quella di Romani e Bosucci, mentre ha riprovato la grande tollerabilità dell'esametilentetramina ad alte dosi e per via endovenosa, l'assenza con tale uso di lesioni gravi a carico del rene e della vescica, ne ha confermato la più rapida e maggiore azione diuretica ed antisettica nei processi infiammatori delle vie urinarie, azione già evidente nelle molteplici forme di cistite, ma rilevantissima nelle varie forme di piuria e precipuamente in quelle di pielite in cui l'urotropina così somministrata appare d'elezione cosicchè nessun altro mezzo potrebbe condurre a migliori risultati e rappresentare migliore complemento della cura chirurgica e generale per giungere a rapida e completa guarigione.

Febbraio 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sul trattamento del mal di mare.

Dott. J. STEPHANI, Montana (Svizzera).

Richiamando un articolo sul mal di mare pubblicato nel *Policlinico* del 9 aprile (R. Ribolla, *Giornale di Medicina militare*), aggiungo una modesta contribuzione alle idee ancora incomplete che abbiamo attualmente sulla patogenesi del mal di mare e sopratutto sul suo trattamento.

Si va sempre più affermando l'idea che di tutte le teorie enumerate, quella del prof. Nolf è la più verosimile. Se applichiamo qui il metodo caro ai matematici, che consiste, avendo posato un'ipotesi, a verificarne la giustezza per una applicazione pratica, vedremo che ammettendo con Nolf che il mal di mare è principalmente prodotto da una iperemia del labirinto, consecutiva a una eccitazione del vago, un calmante del vago (o un eccitante del simpatico) dovrebbero impedire le sensazioni vertiginose e le nausee. Ora è precisamente ciò quel che succede. E, passando dalla teoria alla pratica, riferisco le esperienze che il dott. Th. Stephani ed io abbiamo fatte. Si tratta di una traversata Marsiglia-Bombay durante il mussone, e vice-versa.

Seguendo le idee di Nolf e di Cazamian, abbiamo scelto l'atropina che abbiamo applicato su noi stessi e su dei passeggeri, e sempre con pieno successo. Il tentativo di adoperare l'atropina contro il mal di mare non è nuovo, ma ciò che trovo utile ed interessante da precisare qui, è la tecnica del trattamento e le cause possibili di insuccesso. La nostra esperienza non conta purtroppo che una diecina di casi, ma con tutto ciò noi crediamo poterne concludere i fatti seguenti:

In primo luogo, basta adoperare il medicamento per bocca e non necessita ricorrere alla via ipodermica.

In secondo luogo la dose media giornaliera è di tre milligrammi; se si cerca di restare al di sotto di questa dose si corre facilmente il rischio dell'insuccesso. Per tastare la suscettibilità del soggetto e per evitare incidenti, si farà bene di procedere nel modo seguente: Si farà prendere un milligrammo al mattino, nello svegliarsi, un secondo milligrammo una ora dopo e un terzo milligrammo immediatamente dopo il secondo oppure nel pomeriggio, perchè l'azione del medicamento continui fino alla sera.

Aggiungerò che, eccezionalmente, siamo arrivati a prendere fino a quattro milligrammi al giorno, e senza inconveniente.

Poichè in medicina nessun trattamento può essere applicato schematicamente, e poichè ogni malato possiede una tolleranza medicamentosa individuale, si farà bene di ricordarsi che la nostra esperienza ci ha insegnato che per aver successo con l'atropina, cioè per far sì che con il mare più agitato le nausee non appariscano e che l'appetito resti buono, bisogna arrivare a una dose sufficiente, ossia fino a che il soggetto risenta una forte siccità della gola e del faringe.

Abbiamo applicato questo metodo, come ho già detto, su diversi passeggeri e su noi stessi durante le accennate due traversate. Poi lo abbiamo egualmente applicato durante un soggiorno che abbiamo fatto nell'Imalaia.

Si trattava allora di persone sofferenti di «mal di mare» in automobile, sulle vie continuamente sinuose della montagna.

Ci crediamo quindi in diritto di concludere, assieme a diversi altri autori più autorevoli di noi, che il mal di mare è dovuto a una ipereccitazione del vago e che un calmante del detto nervo ne sopprime i sintomi. Ancora una volta si realizza l'antico aforisma: *Naturam morbum curationes sustendunt.*

Quanto agli inconvenienti del detto trattamento, salvo un po' di rossore alla testa e siccità della gola non ne abbiamo riscontrato altri. Particolarmente non abbiamo mai notato dei disturbi oculari come ci si sarebbe potuto attendere.

Fino a prova contraria il trattamento sembra dunque essere inoffensivo per quanto il numero molto ristretto dei nostri casi non ci permetta di essere assoluti.

Sarebbe perciò interessante sperimentarlo su più vasta scala: è appunto a questo scopo che abbiamo creduto utile di aggiungere la nostra esperienza all'articolo così ben compilato di R. Ribolla.

COMMENTI.

A proposito della reazione Sgambati.

Riceviamo:

Mi permetta di rispondere brevemente al commento del dott. O. Sgambati pubblicato nel n. 40 del *Policlinico*:

1) Ho chiamata negativa la Reazione tutte le volte che mancava completamente la colorazione rosso-rubino, non nei casi nei quali tale colorazione era nettamente avvertibile sebbene debole.

2) Nelle celiotomie addominali con decorso asettico la Reazione positiva è eccezionale, non comune come afferma l'A.

3) In un caso di peritonite purul. diffusa ho trovato R. completamente negativa; in altri due casi negativa nella 2ª parte.

4) In 4 casi di vera stercoremia da occlusione intestinale ho trovato invece non solo R. completa, ma di una singolare evidenza ed intensità.

5) Per la tecnica mi sono attenuto strettamente a quella consigliata dall'A.

6) L'A. afferma di aver controllato mille volte che individui con stipsi ostinata non presentano R. positiva. Sta bene; ma trattasi per l'appunto di soggetti che non presentano affatto il noto ed imponente quadro clinico della stercoremia.

Ho creduto doveroso pubblicare le mie osservazioni, per quanto limitate, perchè mi è sembrato che la R. Sgambati non desse quel sicuro affidamento, voluto dall'A., per la diagnosi delle infezioni peritoneali.

Dott. GIOV. TIMOSSI.

Genova, 20 ottobre 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA.

Per la migliore conoscenza dei tumori cistici dell'utero.

(MACCABRUNI. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1922, n. 3).

La grande confusione, che regna ancora in tutti i capitoli di patologia ove trattasi di formazioni cistiche, è ancora più notevole nei riguardi delle cisti dell'utero, e per la loro relativa rarità e per i diversi criteri usati finora nel distinguerle e classificarle.

L'A. in base ad una serie di casi clinici osservati ed allo studio di una completa bibliografia sull'argomento, riportata per esteso nel presente lavoro, descrive tutte le varietà di formazioni cistiche riscontrate finora nell'utero, classificandole in base ad un criterio strettamente anatomo-patologico.

Nell'utero possono ritrovarsi tutte le specie di cisti dalle più semplici alle più complesse, dalle cisti sierose alle dermoidi; si presentano altresì formazioni cistiche speciali nei fibromiomi e sarcomi che dànno un carattere ed un andamento speciale a questi tumori.

Il nome di *cisti vere*, caratteristiche dell'utero spetta soltanto alle cisti da residui dei dotti di Wolff e a quelle derivate da anomalie di sviluppo dei canali di Müller; le altre specie di cisti si formano nell'utero come in tutti i tessuti dell'umana economia e per esse può essere invocata la stessa genesi.

Le cisti sierose, le ematiche, le linfatiche sono estremamente rare; *le ematiche* non possono neppure essere considerate cisti poichè in genere sono provocate da stravasi sanguigni nell'intimo dei tessuti uterini in seguito a trauma.

Le cisti sierose sono multiple, piccole, sferoidali, disseminate sul fondo dell'utero.

Le cisti linfatiche si riscontrano in qualsiasi parte dell'utero, hanno dimensioni varie e parete rivestita da endotelio. Talora costituiscono un vero linfangioma cistico.

Queste tre specie di cisti come anche le *cisti dermoide* e le *idatiche* sono di diagnosi impossibile e costituiscono abitualmente un reperto accidentale operatorio o di autopsia.

Le cisti mucose sono invece più frequenti, si riscontrano abitualmente nel collo dell'utero, alla superficie interna dell'organo o nello spessore della muscolatura; possono aver anche sede entro formazioni polipose.

Il polipo adenomatoso cistico può raggiungere le proporzioni di un vero tumore e spor-

gere dal collo in vagina. Altre volte si formano vere cisti mucose da ritenzione, per obliterazione del dotto escretore delle ghiandole, dando luogo a quelle formazioni conosciute sotto il nome di ovuli di Naboth.

Le cisti vere sono rare, sono provviste di una parete muscolo-connettivale ben individualizzata e rivestite internamente da uno strato di epitelio. Esse dovrebbero essere considerate secondo l'A. come veri tumori. Si trovano nello spessore del parenchima, generalmente in corrispondenza dell'istmo. Per lo più trattasi di piccole cisti multiple, uniloculari il cui contenuto è costituito da un liquido chiaro sieroso o siero mucoso, talora torbido o bruno rossastro.

La maggior parte di esse provengono dai residui dei corpi di Wolf che si disgregano, regrediscono inegualmente, si costituiscono in isolotti e gruppi distinti e sparsi, che si trasformerebbero in cavità cistiche sotto l'azione di uno stimolo irritativo (mestruazioni, gravidanza, parto, tumori, processi infiammatori, ecc.). Un minor numero dipende da anomalie nella fusione dei canali di Müller, che possono portare alla produzione di neoformazioni diverse.

La diagnosi clinica non è stata mai fatta prima dell'operazione perchè le cisti piccole sottoperitoneali non dànno sintomi, quelle sottomucose causano qualche perdita sanguigna che non ha nulla di caratteristico. Qualche volta in caso di cisti unica e grande lo scambio con una cisti ovarica è stata possibile; nel qual caso può soccorrere il criterio che la cisti ovarica si sviluppa nel cul di sacco posteriore, resta dietro l'utero e lo respinge di lato, crescendo si eleva e tira l'utero in alto, ma lo lascia in avanti e di lato, mentre la cisti dell'utero si sviluppa di solito nel cul di sacco anteriore, respingendo l'utero in retroversione.

Negli adenomiomi uterini si possono trovare delle cisti più o meno voluminose (cistiadenomioma), ma difficilmente queste produzioni assumono caratteri anatomici e clinici tali da giustificare la loro classificazione tra i tumori cistici dell'utero. Invece nei fibromioma per un processo degenerativo o per lo stabilirsi di una emorragia, oppure per la dilatazione di spazi linfatici o per il proliferare di un epitelio secernente, si possono formare grandi cavità contenenti liquidi in modo da dare a tutta la produzione un carattere speciale (*cistomi uterini* o *fibromiomi cistici*)

È importante la teoria di Legueu e Marion secondo la quale i fibromioma uterini sarebbero in realtà degli adenomiomi in cui l'elemento epiteliale si è atrofizzato fino a scomparire, mentre l'elemento fibromuscolare ha proliferato ed ha preso uno sviluppo eccessivo; attorno a questo nucleo le cellule muscolari reagiscono moltiplicandosi e così si trova costituito il fibromioma. Quando invece l'elemento epiteliale conserva tutta la sua vitalità, la produzione giungerà alla formazione di cisti.

La sintomatologia dei cistofibromi è analoga a quella dei comuni fibromi; talora la comparsa della trasformazione cistica è contrassegnata da un cambiamento nel carattere delle perdite, dal rapido accrescimento dell'addome e dai disturbi funzionali che ne conseguono, dovuti in gran parte a fenomeni di compressione.

La prognosi dei tumori fibrocistici dell'utero può in linea generale ritenersi benigna, ma assai più seria che nei comuni fibromiomi. La degenerazione sarcomatosa del tumore non è rara (*sarcoma cistico dell'utero*).

Il trattamento chirurgico consiste nell'isterectomia subtotale che può presentare notevoli difficoltà a causa delle grandi dimensioni del tumore, della sua ricca vascolarizzazione e sopratutto delle aderenze con gli organi vicini.

CIOTOLA.

L'esame ginecologico metodico.

(J. LAURENCE. *Journal des Praticiens*, 25 aprile 1923).

Deve essere preceduto da un interrogatorio, che permetta di orientare la diagnosi. Occorre poi mettersi in buone condizioni e cioè: la malata, con l'addome e gli arti inferiori del tutto sbarazzati dai vestiti, sarà posta bene in luce sopra un letto o meglio su una tavola speciale. La vescica ed il retto debbono essere vuoti; si farà quindi urinare la malata e, se vi sono ammassi stercorali si rimetterà l'esame dopo che un purgante od un clistere li abbiano allontanati. Si consiglierà di tenere i pugni chiusi dietro le natiche e di respirare largamente a bocca aperta.

L'*ispezione* potrà già fornire qualche informazione utile; la forma del ventre a bisaccia indica l'obesità e la visceroptosi, quella allargata l'ascite, quella globosa il fibromioma. La esistenza di una circolazione venosa della parete è segno di una compressione dei vasi profondi per tumore addomino-pelvico, il colore ardesia della cicatrice ombelicale è indizio di una emorragia endoperitoneale. Si osserverà

anche il modo di respirare; la parete addominale rimane immobile durante la respirazione che è unicamente toracica quando vi è reazione peritoneale di una certa intensità. La ispezione degli organi genitali esterni darà indicazioni sullo stato anatomico delle grandi e piccole labbra, della clitoride, dell'imene, mostrerà eventualmente la esistenza di una leucoplasia vulvare (cancro iniziale), i vizii di conformazione della vulva e della vagina, esistenza di lacerazioni perineali, scoli, ecc.

Di importanza capitale è la *palpazione* che va fatta con molta cautela, incominciando lontano dalle zone dolorose ed interrompendola se l'ammalata accusa un dolore assai vivo. La palpazione acquista il suo vero valore se unita al *riscontro vaginale* arrivando a precisare lo stato delle pareti vaginali e del collo uterino, la situazione ed il volume dell'utero, lo stato dei cul di sacco vaginali e dei parametri, l'esistenza ed i caratteri dei tumori. Se si tratta di una vergine il riscontro vaginale va sostituito con quello rettale.

Il riscontro va praticato asetticamente e con grande cautela, poichè altrimenti, p. es. in caso di salpingiti acute si possono determinare degli aggravamenti e talora rotture di piosalpinge, di gravidanza tubarica. Dopo rilevato lo stato delle pareti vaginali, si passa a riconoscere la situazione dell'utero, lo stato del collo (normale, ipertrofico, collo conico delle vergini e nullipare, collo senile atrofico, collo grosso delle metriti, collo molle della gravidanza, o semiaperto dopo gli aborti o nei polipi, collo ulcerato nei cancri, che sanguina al minimo contatto, collo situato dietro la sinfisi ed in alto delle cisti ovariche). Rilevato il volume e la posizione dell'utero si passa agli annessi. Un impastamento diffuso dei cul di sacco indica una lesione annessiale infiammatoria, un tumore di consistenza semimolle che si lascia deprimere dal dito, fa pensare ad una cisti dermoide dell'ovaio, un tumore resistente ad una cisti dermoide. Se il tumore è addominale, si cercherà di determinare, mobilizzandolo, se fa o non corpo con l'utero ed a diagnosticare così un fibroma da una cisti.

L'*ascoltazione* non deve essere trascurata quando si sia in presenza di un tumore di origine genitale che oltrepassi la regione ombelicale, per scoprire un'eventuale gravidanza.

L'esame con lo speculum permette solo di controllare lo stato delle pareti vaginali e del collo; ad ogni modo è preferibile l'uso delle valve. L'isterometro, in grande onore per il passato, è ora giustamente abbandonato.

A. F.

Sopra un caso di sarcoma primitivo tubarico.

(A. Grisi. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 28 febbraio 1923, n. 2).

Le neoformazioni primitive della tuba, molto rare, ascendono ad un centinaio di osservazioni, quasi tutte di natura carcinomatosa, mentre che nella letteratura, i casi di sarcoma pubblicati sono sinora sette. Di questi ultimi le pubblicazioni vanno dal 1886 al 1917. Da aggiungersi però i tre casi descritti da Sanger di carcino-sarcomi primitivi della tuba.

Il primo caso di sarcoma primitivo della tuba fu descritto da Gottabaltr (1886): il tumore quanto una noce appartenente alla tuba d., sarcoma a piccole cellule fusiformi, aveva attigua una cisti ematica. Successivamente Jeanvain ne descrisse un altro, nel quale la tromba attraversava il tumore, sviluppatosi tra mucosa e fascia interna del peritoneo formante il legamento largo. Seguono i tre casi pubblicati da Dixon Yones: 1) sarcoma a grandi cellule rotonde, sviluppatosi dalle fibre muscolari; 2) sarcoma a cellule fusiformi; 3) sarcoma melanotico. Jacobs ne descrisse un altro, della grandezza di un arancio, sviluppatosi nel terzo medio della tromba sinistra e con mucosa tubarica sana. Altro caso descrissero Bello e Castaneda, con tuba gigantesca (cm. 19.6 × 6.5) e con reperto microscopico di sarcoma globo-cellulare.

Caso proprio. — E. A., a. 51, nubile, domestica. Nulla nell'anamnesi familiare o personale. Amenorroica dal 30 agosto 1921. Da tale epoca dolori trafittivi, intermittenti ai quadranti inf. dell'addome, più accentuati a sinistra; progressivamente si andarono intensificando con irradiazioni alla radice della coscia sin. Dal 27 dicembre 1921 perdite sanguigne, con vere metrorragie per qualche giorno; in seguito a carattere di stillicidio alternato a perdite siero-ematiche. Non perdite purulente, odorose; mai febbre. Il 22 febbraio 1922 il riscontro vaginale dà: porzione vaginale del collo normale; corpo non ben delimitabile, pare aderente ad una massa che occupa la regione degli annessi di sinistra, poggiando sul pavimento pelvico; ha forma allungata, consistenza molle carnosa. La metrorragia continua e viene operata il 19 aprile 1922 con diagnosi di carcinoma tubarico.

Operazione: Incisione laparotomica mediana: piccola quantità di liquido ascitico. Tuba convertita in una grossa intumescenza quanto un cetriolo, tosta, fissa alla pelvi. Si esteriorizza la tuba, liberandola dalle aderenze. Dal-

l'ostio addominale fuoriescono masse encefaloidi, derivanti dal lume tubarico. Zaffo alla Mikulicz. Sutura della parete in due piani.

La tuba, fuoriuscite le masse encefaloidi, resta completamente permeabile; nel suo lume piccole masse di dimensioni varie, di aspetto papillomatoso. Dall'esame istologico la mucosa appare in gran parte priva di epitelio e dove esiste non ha caratteri normali, ridotta ad un sottile strato di cellule in degenerazione, sotto le quali vi è forte infiltrazione di cellule sarcomatose, fuso- e globocellulari. Le piccole tumescenze papillariformi sono costituite da ammassi di elementi fusocellulari, ricchi di granuli e filamenti di cromatina, e di grossi elementi globocellulari verso la base. In qualche punto elementi carichi di pigmento. Le masse encefaloidi invece rappresentano un tessuto sarcomatoso polimorfo, e qualche zona alla periferia è in preda a necrosi.

Trattasi quindi di un sarcoma originantesi dalla mucosa, a tipo polimorfo, ma con prevalenza di elementi fusiformi.

In genere nei pochi casi sinora noti il volume è stato vario: da quello di una noce a volume notevolmente maggiore; di consistenza dura, spessissimo aderente; è sempre unilaterale; indifferente il punto della tromba, si origina quasi sempre dalla mucosa, talvolta dal tessuto connettivo intermuscolare. Ostii permeabili; lume della tromba ingrandito, permeabile.

Sintomatologia: poco nota; prevalente il dolore localizzato al punto ove risiede la tromba affetta; dolore forte, continuo, ma non costante. Le emorragie in due casi soltanto sono state presenti ed a volte intense. Età varia tra 37-51 anni. Prognosi gravissima. La diagnosi resta difficile e non fu mai fatta. Nulla di apprezzabile dà il reperto vaginale. In tutti la terapia fu chirurgica. JURA.

Contributo allo studio del corpo luteo.

(PAOLO GAIFAMI J. Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, Trieste, vol. XXI, 1922).

Soffermandosi sui varî problemi ancora in discussione nei riguardi del corpo luteo, si indugia anzitutto l'A. sulla istogenesi. Discutendo i reperti degli autori che affermano la origine epiteliale di esso, porta osservazioni dirette che appoggiano invece la istogenesi connettivale, dalla teca interna, per la donna. Dalle osservazioni macro- e microscopiche eseguite su un ricco materiale operatorio, risulta che la ovulazione si può verificare in periodi molto vari dell'intermestruo: con una netta prevalenza nella prima metà.

Nei giorni immediatamente precedenti la mestruazione è quasi costante il reperto di un corpo luteo in avanzata evoluzione.

Non si trovano contemporaneamente follicoli maturanti o da poco scoppiati e corpi lutei in maturità di evoluzione. Questi ultimi coesistono solo con C. L. in avanzata regressione.

Non è invece raro trovare contemporaneamente due C. L. nella stessa fase del loro sviluppo. La duplicità del C. L. risulta specialmente spiccata nei casi di gravidanza, anche indipendentemente da gemelliparità. Nella collezione dell'A. essa figura nel 17 % dei casi.

La affermata necessità della presenza del C. L. per la regolare evoluzione della gravidanza nella prima metà, non trova conferma nello esperimento clinico sulla donna.

I dati sperimentali ottenuti sugli animali non sono trasportabili alla specie umana.

Assolutamente insostenibile la supposta importanza etiologica delle cisti luteiniche o dei C. L. cistici per la gravidanza extrauterina. La frequente coincidenza del reperto va diversamente interpretata: talora la degenerazione luteinica è secondaria alla anormale evoluzione dell'uovo, talora l'uno e l'altro fatto sono derivati da uguali cause, per lo più postumi di vecchi processi flogistici.

Nella mola vescicolare esiste un corpo luteo morfologicamente regolare, indipendentemente dalle caratteristiche cisti multiple luteo-follicolari, che in circa il 30 % dei casi di mola determinano la trasformazione cistica delle ovaie.

S. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. CAPOGROSSI. « *Concetto e diagnostica della tisi iniziale* ». Monografie medico-chirurgiche d'attualità (n. 1). Collezione del « Policlinico ». Prezzo L. 10. Casa Editrice, L. Pozzi. Roma.

In una sintesi mirabile per chiarezza l'Autore ha esposto in modo completo la patogenesi dell'infezione tubercolare secondo le moderne vedute: *Infezione tubercolare primitiva infantile, Esiti (fenomeno di Koch, stato allergico, tubercoline), dall'Infezione primitiva del bambino alla Tubercolosi polmonare dell'adulto, Reazione alla reinfezione, Tisi iniziale.*

Il concetto della frequentissima *Tisi isolata* dell'adulto, spesso guaribile, è discusso in base ai resultati (ignoti purtroppo sinora alla più gran parte dei pratici), delle ricerche anatomopatologiche, e delle indagini biologiche più recenti, che hanno condotto a considerare l'intero decorso della malattia, dall'infanzia all'età più avanzata, in senso unitario. Le forme acute sono pure descritte e la tubercolosi dell'ileo e dell'apice, come primarie manifestazioni della localizzazione polmonare, sono trattate al lume di una critica serena e geniale, che la grande esperienza dell'Autore e la profonda conoscenza dell'argomento rendono particolarmente interessante.

Così si è portati a considerare la Tisi come la reazione ad una reinfezione o superinfezione ad andamento quasi sempre lento e silenzioso di cui è impossibile precisare l'inizio, perchè, come in tutte le malattie infettive, la infezione non è la stessa cosa della malattia nè coincide con essa. La malattia comincia con i primi disturbi generali o locali, che sono l'espressione della reazione organica ai veleni tubercolari; ed allora all'esame si troveranno già lesioni la cui origine è remota e difficilmente rintracciabile.

L'esame del malato è in seguito esposto in modo esauriente. L'Autore richiama tutte le principali conoscenze della semiologia e il modo di interpetrarle. Una larga parte è pure fatta alle ricerche di laboratorio, alle reazioni umorali, e alle indagini radiologiche. In ultimo si discutono le diagnosi differenziali e il valore dei dati raccolti; ma l'A. dà la più grande e fondamentale importanza all'esame clinico.

« *Soltanto con questa guida sarà possibile valutare le reazioni biologiche e i dati di laboratorio: e soltanto con questa luce le mute ombre del campo radiologico potranno acquistare un linguaggio* ».

Gli studiosi ed i medici pratici saranno dunque grati al dott. Capogrossi di aver saputo condensare in 83 pagine le più moderne vedute sull'infezione tubercolare, dall'infanzia all'età adulta, e sulla diagnostica.

Dott. ARPEZZI.

E. LÖWENSTEIN. *Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie.* Vol. I; in-8, di 1044 pag., con fig. e tavole colorate. Urban e Schwarzenberg, edd., Berlino e Vienna, 1923. — Prezzo-base: marchi 40.50.

Si inizia con questo volume un'opera destinata a trattare largamente il problema della terapia della tubercolosi, con la collaborazione di numerosi specialisti; notiamo fra questi il nome del prof. U. Carpi, di cui è annunziata per il II volume una monografia sui risultati del pneumotorace artificiale.

Il presente volume riguarda questioni statistiche e generali, la fototerapia, la climatoterapia, diversi problemi sanatoriali, la terapia inalatoria, la nutrizione, con una voluminosa monografia di circa 500 pagine ed altre questioni speciali.

L'opera non è destinata solo agli specialisti od ai medici di sanatori, ma anche al medico pratico; di fatto ospedali e sanatorî non possono rappresentare che semplici brevi tappe nella lunga durata della tubercolosi, quindi il fulcro della terapia rimangono sempre l'ambulatorio e la pratica privata, che sono appunto nelle mani del medico pratico, il quale troverà in questa opera una vera miniera di utili cognizioni.

fil.

H. BRAEUNING e FRIED. LORENTZ. *Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung durch die Schule.* Un vol. in-16, di pag. 129, con 3 fig. J. Springer, ed. Berlino.

La scuola rappresenta un prezioso aiuto nella lotta contro la tubercolosi, sia perchè la protezione dei giovani è la più efficace e la più redditizia, sia perchè la scuola rappresenta un ottimo centro di propaganda, come dimostrano i buoni risultati ottenuti da noi, per esempio, a Genova.

Questo volumetto intende appunto a valorizzare la scuola come strumento in tale lotta. Nella prima parte il dott. Braeuning, capo delle opere antitubercolari a Stettino, dà le nozioni generali sulla tubercolosi, sul modo di infezione, sul decorso, sul trattamento.

Nella seconda parte il Rettore F. Lorentz dimostra l'importanza che la scuola può avere nella diffusione e nella lotta contro la tubercolosi, e che riguarda essenzialmente:

1) la sorveglianza sugli insegnanti e sugli alunni per escludere i tubercolotici;

2) la lotta indiretta contro l'infezione, con le misure igieniche generali delle scuole ed il miglioramento delle condizioni fisiche dei fanciulli, con la collaborazione dei genitori;

3) la propaganda antitubercolare fatta per mezzo degli insegnanti scolastici; per questa l'A. dà degli schemi e dei questionarî a domanda e risposta, sicchè il compito del maestro e del medico che di tale propaganda sono incaricati ne rimane facilitato.

Tutti coloro che si occupano di tali questioni, i medici scolastici, i maestri, troveranno in questo lavoro utili indicazioni.

fil.

H. FINKELSTEIN e F. ROHR. *Die Behandlung der tuberkulosen Bauchfellerkrankungen im Kindesalter.* Un vol. in-8, di 31 pag. C. Marhold, ed. Halle 1922. Prezzo L. 1.75.

Breve monografia sulla peritonite tubercolare nei bambini in cui l'A. distingue tre forme cliniche (essudativa, adesiva, ulcerosa). Vengono presi in esame la frequenza, i sintomi, il trattamento sia chirurgico che non (elio e Roentgenterapia, lampada di quarzo). Il contributo personale dell'A. entra in gran parte nelle considerazioni svolte. Seguono alcune pagine di bibliografia quasi unicamente tedesca.

A. Z.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

V Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Si è chiuso il 21 di ottobre a Palermo il V Congresso Italiano di Radiologia Medica, congresso riuscito imponente per il numero degli intervenuti e per l'interessante esposizione degli apparecchi, annessa al Congresso e distribuita negli ampi portici e nelle sale del cortile dell'Università.

Attratti dalle bellezze della Sicilia e favoriti da un tempo splendido sono intervenuti i radiologi delle più lontane parti di Italia: erano presenti i radiologi di Torino: il prof. Bertolotti, presidente della Società; il prof. Ponzio; il prof. Boidi Trotti, ecc.; i radiologi di Genova: prof. Maragliano; dott. Cardinale, prof. Pesci, ecc.; il prof. Perussia di Milano; il prof. Ceresole di Venezia; il prof. Gortan di Trieste; il prof. Busi di Bologna; il prof. Rossi di Parma; il prof. Balli di Modena; il prof. Siciliano di Firenze; i radiologi di Roma, professori: Saraceni, Bianchini, Milani, Coleschi, Attili e i dott. Meldolesi, Lanzi, Esdra; il prof. Sgobbo e il prof. Tandoia di Napoli, quasi tutti i radiologi della Sicilia, e moltissimi altri, nonchè un buon numero di medici stranieri di Vienna, di Buenos Ayres, di Londra, di Tunisi, ecc.

L'inaugurazione del Congresso a cui erano intervenute le maggiori personalità del mondo scientifico, politico e militare di Palermo e a cui mancava per impegni di governo il Ministro Corbino presidente onorario della Società, fu tenuta nell'Aula Magna dell'Università; il Magnifico Rettore prof. Di Marzo, il prof. Riccobono in rappresentanza del Sindaco di Palermo, il prof. Bentivegna dell'Ordine dei medici e il Prefetto di Palermo comm. Gasti, portarono il loro saluto ai Congressisti; il prof. Scaduto, presidente del Congresso, ringrazi- gli intervenuti; e il prof. Bertolotti, presidente della Società, applauditissimo, ricordò il cammino fatto in pochi anni dalla radiologia medica e si rallegrò specialmente dello sviluppo preso dalla Società di radiologia, che fondata per opera di pochi nel 1913, oggi rappresenta non solo una istituzione fiorente, ma una associazione compatta e rispettata.

I tre giorni del Congresso non sono stati sufficienti a svolgere tutte le comunicazioni: sarebbe stato desiderabile che avessero avuta la precedenza le comunicazioni riguardanti i tre temi del Congresso onde sviscerare maggiormente i vari argomenti. Le relazioni del Congresso erano state affidate ai proff. Gortan (Pneumoradiografia-encefalografia), Boidi-Trotti (radiodiagnostica dell'apparato urinario) e Rossi (radioterapia delle malattie cutanee). Nella sua interessante relazione il prof. Gortan ha passato in rassegna tutti i metodi diretti a introdurre sostanze gassose in quelle cavità che non hanno comunicazione coll'esterno quali il pneumoperitoneo, la pneumoradiografia, il pneumorene, l'encefalo- e la ventriculografia. L'O. ha insistito specialmente sull'importanza dell'encefalografia e del pneumorachide e dopo aver succintamente riportato tutta la letteratura in proposito e specialmente le ricerche di Bingel e Dandy ha riferito su una ventina di casi che egli ha sottoposto al metodo encefalografico. Le sue ricerche suffragate da numerosi schizzi e da numerose radiografie mettono in luce l'importanza che può avere il metodo nella diagnosi di affezione cerebrale ma non van celate le difficoltà che si incontrano non solo per l'indicazione del metodo ma specialmente per la interpretazione diagnostica.

Alcune radiografie proiettate sono state interessantissime specie quelle in cui è possibile vedere iniettati non solo i due ventricoli laterali ma anche il terzo e il quarto ventricolo. Interessanti sono anche i casi di pneumorachide il quale può essere di sommo aiuto per la localizzazione di tumori midollari.

Nella sua relazione il Boidi-Trotti ha dato il massimo valore alla pratica della pielografia la quale non solo ha permesso lo studio anatomico e fisiologico del rene e dei bacinetti e degli ureteri ma ha permesso (specialmente se qualche volta unita alla insufflazione di ossigeno nella pelvi) di avere dei dati di importanza capitale per la diagnosi di calcolosi, di idronefrosi, di rene mobile,

di pieliti, di tumori renali, ecc. La pratica dell'iniezione nella vescica e nell'uretra dello ioduro di potassio è anche essa interessante giacchè le alterazioni vescicali nei prostatici, la presenza di diverticoli, ecc., di tumori, ecc., dànno alla radiografia delle immagini che permettono senz'altro una diagnosi spesso brillante. L'A. non condivide i facili entusiasmi di coloro che hanno veduto nel pneumorene un mezzo di diagnosi probativo nelle affezioni renali specialmente pel fatto che le lesioni del rene più che la superficie renale interessano le cavità del rene stesso e d'altra parte altri metodi meno indaginosi possono darci una idea sulla grandezza renale.

Tutti i più svariati argomenti sull'apparato digerente, sull'apparato circolatorio e urinario e sulla radioterapia sono stati trattati nelle varie comunicazioni e il Congresso si è chiuso con un saluto del Presidente della Società prof. Bertolotti e del Presidente del Congresso prof. Scaduto ai vari Congressisti che in un folto gruppo hanno lasciato Palermo per visitare Taormina e Siracusa.

Nell'assemblea dei soci della Società di radiologia è stato riconfermato all'unanimità l'intero Consiglio Direttivo ed è stato partecipato al Consiglio e all'assemblea che analogamente a quanto i radiologi della Liguria, Toscana, Piemonte, Lombardia, Emilia e Veneto avevano fatto, anche i radiologi del Lazio e dell'Italia Meridionale avevano deciso all'unanimità di costituire in grembo della Società un gruppo Centro meridionale destinato a stabilire fra i radiologi un più intimo rapporto e a promuovere riunioni periodiche: la prima riunione del gruppo Lazio-Meridionale verrà tenuta nel gennaio a Napoli, sotto la Presidenza del prof. Sgobbo. La sede delle sedute successive e l'elezione del Presidente la riunione verranno stabilite volta per volta.

Con voto unanime dell'Assemblea è stata scelta come sede del futuro Congresso la città di Trieste e se ne è data notizia con un telegramma di omaggio al Presidente del Consiglio on. Mussolini nonchè ai Ministri Gentile e Corbino.

I temi del futuro Congresso sono stati affidati ai proff. Tandoia di Napoli, Milani di Roma e Saraceni di Roma (tema da destinarsi). Al prof. Tandoia, valente radiologo di Napoli, è stato affidato il tema sulla radiodiagnostica della calcolosi biliare; al prof. Milani, radiologo della Clinica Medica di Roma, il tema sulla radioterapia del sistema endocrino.

M. E.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 1° giugno 1923.

Presidente: Prof. G. DAGNINI.

La retrazione timpanica non è sempre indice di stenosi tubarica e di difetto uditivo.

P. CALICETI. — Nel maggior numero di casi da lui osservati si trattava per lo più di ragazzi o di giovani, i quali furono un tempo adenoidei o andarono soggetti frequentemente a faringiti o tonsilliti acute, nei quali o per l'asportazione delle vegetazioni adenoidi o per la cessazione delle infiammazioni acute faringee, era scomparsa la stenosi tubarica, ritornato l'udito normale o quasi, ma persisteva la stenosi timpanica. In mancanza di osservazioni anatomo-patologiche esatte e numerose, l'O. è indotto ad ammettere col Citelli che il fenomeno sia dovuto o a contrattura rimasta definitiva del muscolo del martello, o forse più frequentemente ad anchilosi in posizione viziata dell'articolazione incudo-malleolare con consecutiva contrattura o sclerosi da inerzia del muscolo del martello. Pertanto l'O. consiglia, allorquando si osserva una marcata retrazione timpanica di non diagnosticare subito l'esistenza di una stenosi o occlusione tubarica con udito cattivo, ma di controllare le condizioni della tromba e dell'udito prima di emettere un giudizio.

Rapporti fra tiroide e glicemia.

A. LÜTTICHAU. — Siccome molte osservazioni cliniche e sperimentali stabiliscono la grande importanza della tiroide sul ricambio fondamentale e sul ricambio degli idrati di carbonio, avendosi, p. e., un aumento dei medesimi nell'ipertiroidismo, e una facile glicosuria nel morbo di Basedow, fino ad aversi alle volte un vero e proprio diabete, così l'O. ha voluto controllare su cavie quale azione possa esercitare la tiroide nel regolare la quantità dello zucchero nel sangue, poichè esso risulta appunto da un rapporto fra mobilizzazione del glucosio dal glicogene e fissazione e consumo dello zucchero da parte dei tessuti. Ha trovato che l'atiroidismo sperimentale abbassa lo zucchero nel sangue, e che l'ipertiroidismo genera invece una relativa iperglicemia. Risulterebbe quindi che uno squilibrio della funzione tiroidea si fa sentire sui meccanismi di regolazione degli idrati di carbonio, forse per il tramite di altre glandole a secrezione interna.

Tiroide e anafilassi.

A. LÜTTICHAU. — Vari autori ritengono che la funzione della tiroide sia necessaria per lo stabilirsi dello stato anafilattico. Le esperienze condotte in varia guisa dall'O. dimostrano che realmente la presenza della ghiandola tiroide ha una certa importanza nella reazione anafilattica. Tuttavia la tiroidectomia eseguita prima della sensibilizzazione preserva dallo shock mortale soltanto se vengono introdotte nella iniezione di prova piccole quantità di siero (cc. 0.20). È probabile che nell'attenuare lo shock abbia una certa importanza la depressione della eccitabilità neuromuscolare che deriva dalla soppressione della funzione tiroidea.

G. M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SIFILOGRAFIA.

La sifilide misconosciuta.

Il noto sifilografo Leredde (*Concours médical* e *Le Scalpel*, 15 settembre 1923) osservando che la sifilide, sia acquisita che ereditaria, è tanto spesso misconosciuta, attribuisce tale fatto in parte all'educazione dei medici odierni che è stata prevalentemente anatomo-patologica in luogo di essere piuttosto eziologica; la diagnosi cioè non deve limitarsi a rilevare il fatto anatomico, ma deve metterlo in rapporto con le cause che lo hanno prodotto. Un'altra ragione spiega il fatto che tanti sifilitici non sono riconosciuti; malgrado i corsi speciali, gli esami, i trattati, l'ignoranza del pratico in materia persiste ed è anche scusabile quando si vedono gli errori commessi da maestri eminenti. L'A. cita quindi un caso di ulcera del glande che da tre medici che l'avevano veduta era stata dichiarata come una lesione banale, mentre la sierosità, esaminata dopo scarificazione, dimostrò la presenza di spirochete. L'errore proviene da ciò che si ritiene che l'ulcera sifilitica debba essere una lesione dura a fondo piatto; invece la lesione presentata dal malato ricordava un erpete, era leggermente schiacciata, non dura, senza colore speciale. Ora i trattati di sifilografia si dilungano nella descrizione dell'ulcera per 50 ed anche 100 pagine, mentre, secondo l'A. varrebbe meglio limitarsi ad una breve descrizione, osservando che non vi è nessun carattere indispensabile e che ogni erosione genitale la quale si presenta entro i 60 giorni dal coito è sospetta ed esige un esame batteriologico. Così pure i trattati si dilungano sulla descrizione delle forme di sifilide secondaria e terziaria della pelle, mentre invece la frequenza della sifilide cutanea, fatta esclusione di quella iniziale, non differisce da quella della sifilide tiroidea. I segni specifici di fatto non sono costanti e la loro ricerca può condurre ad errori se il medico in base all'esame clinico negativo, conclude per l'assenza della sifilide. Le condizioni sono ancora peggiori per la sifilide profonda in cui gli errori di diagnosi sono incessanti. Tutti questi errori verrebbero evitati a detta dell'A. se la sifilide esterna venisse descritta in modo sommario sicchè il medico non arrivasse ad escludere l'infezione se le lesioni non hanno caratteri nettamente specifici; è impossibile ed è anche pericoloso descrivere la sifilide profonda; bisogna invece ricordarne continuamente la frequenza, dare al medico la lista delle sindromi che può determinare e studiare in modo sempre più preciso le questioni relative alla diagnosi.

fil.

Critica della diagnosi di lues latens, ed osservazioni sulla puntura lombare.

Riconoscere le forme latenti della sifilide è, osserva W. Schmitt (*Münch. Med. Woch.*, n. 25, 1923) di essenziale importanza. Le forme principali sono la lues latens e la meningo-lues latens, caratterizzate tutte e due dall'assenza di sintomi clinici; esse si distinguono l'una dall'altra perchè nella prima la Wassermann è positiva nel siero mentre il liquor è normale in ogni rapporto, mentre nella seconda il liquor è alterato e da la Wassermann positiva, mentre la Wassermann nel siero può anche essere negativa. Il nome lues latens si deve dare soltanto a quei casi nei quali non esiste alcun segno clinico della sifilide (aortite, gomme); esso significa che in qualche punto dell'organismo esistono annidate delle spirochete le quali non determinano alcuna manifestazione clinica. Molte volte si fa diagnosi di lues latens in casi iniziali di meningolues latens: l'autore riferisce un caso di tal genere. La dimostrazione di alterazioni patologiche nel liquor aggrava sensibilmente la prognosi: si tratta, anche in casi di lievi alterazioni patologiche del liquor, sempre di lues attiva e progressiva del sistema nervoso, quantunque non si possa prevedere il modo e il ritmo della progressione.

La presenza di segni clinici obbiettivi o soggettivi (cefalea), dimostra che la malattia è già passata dallo stadio della meningolue latente allo stadio di lue nervosa manifesta. L'autore trova più appropriato il termine « meningolues » di quello « lues del liquor », perchè tutte le alterazioni patologiche dimostrabili nel liquor (pleocitosi, aumento delle albumine e delle globuline, presenza di complemento, presenza di corpi reattivi per le reazioni colloidali e per la Wassermann) dipendono non dal liquor stesso, bensì dai tessuti che lo producono (tela coroidea, ependima dei ventricoli laterali) e dai tessuti a questi immediatamente vicini (meningi e parenchima del sistema nervoso centrale e dei vasi sanguigni). La diagnosi meningolues latens si può fare anche quando la Wassermann sia negativa nel liquor, se riescono positive in modo specifico le reazioni colloidali; così in un caso riferito dall'autore, in cui un uomo di 30 anni che molti anni prima si era

infettato di lues, presentava la Wassermann negativa nel siero e nel liquor, in cui esistevano però notevole pleocitosi, intense reazioni delle globuline (Nonne-Appelt, Pandy, Weichbrodt) e positive in modo specifico (spostamento verso sinistra), le reazioni colloidali (reazione dell'oro, del mastice, del collargolo).

La puntura lombare non è priva di pericoli, per cui essa non dovrebbe venir eseguita dal medico pratico, che generalmente non ne conosce perfettamente la tecnica. Il reperto del liquor va valutato in unione ai dati anamnestici e ai sintomi clinici: una tabe al cui inizio il liquor sia normale può avere in seguito un decorso progressivo, mentre d'altra parte una tabe in cui il liquor è patologicamente alterato può rimanere a lungo stazionaria anche se non curata specificamente.

In ogni caso è del tutto insufficiente limitare le ricerche sul liquor alla sola Wassermann. Non è opportuno eseguire la puntura lombare ambulatoriamente; quando ciò è necessario, si deve tenere il malato per almeno un'ora disteso sul dorso, e consigliargli di rimanere a letto per parecchi giorni con la testa bassa e le estremità opposte del letto rialzate. L'inconveniente spesso determinato dalla puntura lombare, il meningismo, viene attribuito alla lentezza con cui il liquor prelevato viene sostituito. Molti autori attribuiscono il meningismo al fatto che dopo la puntura lombare il liquor continua ad uscire attraverso al foro praticato nella dura: confermano tale ipotesi 7 casi occorsi all'autore in cui fenomeni di meningismo si manifestarono dopo punture lombari nelle quali non si riuscì a prevalere liquor. Il meningismo è caratterizzato da cefalea, vertigine, vomito, dolori e rigidità alla nuca, ronzio alle orecchie.

POLLITZER.

Scelta di un medicamento in presenza di un sifilitico.

L'*ioduro di potassio* non è un medicamento antisifilitico. Può essere utile in qualche cefalea secondaria o terziaria ribelle, ed in alcune lesioni terziarie sclero-gommose, a solo titolo di agente risolutivo, ma completamente inattivo di fronte al treponema.

Il *mercurio* conserva sempre il suo valore, quantunque la sua efficacia sia di molto sorpassata da medicamenti più recenti. La cura per bocca dei preparati mercuriali, spesso dannosa, è sempre inefficace. Solo le iniezioni sono veramente attive, e fra di esse quelle endovenose di cianuro di mercurio, di azione certa, indolori e di assorbimento e di eliminazione rapida e regolare. Sono ben tollerate dalla bocca e dal rene; anzi il cianuro ha sicura azione diuretica. Qualche volta le forti dosi, in soggetti molto sensibili possono determinare sindromi dissenteriformi più o meno impressionanti. Si cominci con un quarto di centigrammo e si arrivi progressivamente ad un centigrammo, dose media, da ripetersi ogni due giorni.

Gli *arsenobenzoli* sono i più attivi agenti antisifilitici. Non hanno l'azione anoressica, deprimente e debilitante dei mercuriali e sotto la loro azione mentre si ha la scomparsa rapida dei fatti morbosi, l'appetito aumenta, lo stato generale migliora ed il malato si risente nettamente euforico.

La sola via da scegliersi è la endovenosa: e dopo il trattamento iniziale, la cura va seguitata in maniera «*cronica, intermittente, regolare*» (Fournier) per 4 o 5 anni. Il tempo e la pratica hanno fatto giustizia di tutte le controindicazioni dettate dai primi sperimentatori.

Le cardiopatie e le lesioni renali esigono solo maggiore oculatezza: controindicazioni formali restano la tubercolosi polmonare evolutiva, i disturbi funzionali del fegato e sovratutto i piccoli segni di intolleranza che sopravvengono nel corso della cura.

Il *bismuto* ha forte attività treponemicida, superiore al mercurio, inferiore agli arsenobenzoli. Ancora la via endovenosa non è sicura e la via intramuscolare è dolorosa, sia con sali solubili che insolubili.

È chiaro che il trattamento da preferirsi è il novarsenobenzolico per via endovenosa, previo esame attento dei malati (reni, cuore, polmone, fegato); si consigli di non mangiare nelle 5 ore che precedono e seguono le iniezioni e di essere moralmente e fisicamente calmi e preparati. Si seguì la temperatura nei primi due o tre giorni, senza impressionarsi della lieve febbre che segue la prima iniezione e che diminuisce nelle successive. Se però la febbre si accentua sempre più con le dosi seguenti e persiste più giorni, è bene di abbandonare il trattamento novarsenobenzolico: altre indicazioni per arrestare in tempo il trattamento sono l'accenno vero a crisi nitritoidi, i disturbi gastrointestinali persistenti, la comparsa e la crescente albuminuria nel corso della cura, le reazioni cutanee anche lievi, come l'orticaria, ed, a più forte ragione, il subittero.

In casi rarissimi di arsenoresistenza, o di intolleranza o di controindicazioni si scelga il bismuto se il malato ne subisce il sintoma dolore: in caso contrario si ricorra al cianuro di Hg per via endovenosa, che, manifesta-

mente insufficiente per il trattamento di attacco, resta un eccellente medicamento per il trattamento ad oltranza della sifilide.

(J. GATÉ et M. PILLON. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 1923, n. 81).

PERSIA.

Il trattamento dei sifilitici con intolleranza per gli arsenobenzoli.

G. Drouet (*Journal de médecine de Paris*, anno 41°, n. 47), divide i sifilitici che manifestano intolleranze per gli arzenobenzoli in:

1) *Piccoli intolleranti;* presentano durante l'iniezione qualche leggera vampa al viso, pizzicore agli occhi, secchezza della gola, o salivazione, acceleramento o rallentamento del polso, oppure 2-3 ore dopo, lieve reazione febbrile (38°-38°.5), orticaria od esantema anche qualche giorno dopo l'iniezione. In tali individui si farà l'iniezione con la massima lentezza e si starà pronti ad intervenire con una iniezione di adrenalina in caso di bisogno; nelle donne, che presentino segni accentuati di squilibrio endocrino-simpatico (o che vadano soggette a crisi emoclasiche con asma, orticaria, vomiti incoercibili della gravidanza), si abbandonerà la via endovenosa per quella sottocutanea od endomuscolare.

2) *Grandi intolleranti;* sono quelli che hanno le crisi nitritoidi nette, con rossore alla faccia, battito alle tempia, oppressione, nausee, coliche e disturbi del polso, oppure quelli che hanno accessi febbrili con brividi e temperature di 39°-40°, ovvero eruzioni estese e persistenti od un notevole dimagrimento. In questi ultimi casi si abbandonano i preparati arsenicali per ricorrere al mercurio od all'arsenico; se si hanno soltanto accessi febbrili, si proverà a cambiare il preparato arsenobenzolico e ad iniettarlo per la via sottocutanea od endomuscolare se gli accessi febbrili si ripetono. In caso di crisi nitritoidi, si proverà dapprima il cambiamento del preparato, iniettando cinque minuti prima mg. 0,5-0,7 di adrenalina sotto la cute alle natiche; in seguito, quando ci è nota la sensibilità dell'individuo all'adrenalina, si potrà aumentarne la dose fino a mg. 1-1,5 se la prima dose non è stata sufficiente a prevenire la crisi nitritoide. Consigliabile è altresì la tecnica nota sotto il nome di isoemofilassi, consistente nello sciogliere la dose di arsenobenzolo da iniettarsi in due cmc. di acqua distillata, aspirando poi nella siringa 8-10 cmc. di sangue del malato; in seguito, rimescolarlo con la soluzione ed iniettare il tutto assai lentamente 5-10 minuti dopo. Nella donna che è più sensibile agli *choc* e negli uomini deboli è meglio non tentare nemmeno questi mezzi ed attenersi alla via endomuscolare o sottocutanea non dimenticando però che anche in tal caso si possono avere accidenti nitritoidi o febbrili tardivi e talvolta assai violenti.

3) *Intolleranti assoluti.* Sono quelli che dopo un'iniezione anche ipodermica presentano crisi nitritoidi gravi con vomiti, rachialgia, stato sincopale, accessi febbrili violenti con lipotimie, ittero con fenomeni gravi, eritrodermia esfoliativa, accidenti emorragici come porpora, flittene sanguinolente, ecc. In questi il trattamento dovrà secondo l'A. continuarsi col bismuto. Anche questo però in tali individui non è ben tollerato, sicchè si manifestano spesso gengiviti, albuminuria, od anche crisi nitritoidi, con accessi febbrili violenti. È giuocoforza allora ricorrere al mercurio, che pure è poco ben tollerato da quelli che sopportano male il bismuto e gli arsenicali. Per quanto riguarda questi ultimi è bene notare il numero e la serie delle fiale in modo da poter escludere dall'uso quelle che determinano accidenti nitritoidi o tossici. *fil.*

Sulle obbiezioni alla cura abortiva della sifilide.

Il Sunseri (*La Cultura Medica*, n. 7-8, 1923) dimostra che le varie obbiezioni che si fanno alla cura abortiva della sifilide, più che constatazioni serie sono il risultato di osservazioni non esatte e fatte con criteri vecchi, come se in questi ultimi tempi la scoperta della spirochete pallida, della R. W., e del preparato di Ehrlich non siano altrettanti nuovi mezzi precocissimi e potentissimi di diagnosi, di controllo e di cura.

La *terapia sterilisans magna* trova la sua giusta applicazione solo nello stato iniziale di *infezione sifilitica;* trascorso questo periodo, quando l'organismo non è semplicemente infetto, ma già malato di sifilide, essa deve cedere il posto alla cura cronico-intermittente.

Se la terapia abortiva è applicata *tempestivamente* e *con dosi molto generose* di arsenobenzoli come primo risultato si avrà la mancanza assoluta e persistente dei sintomi clinici e serologici, il che dimostra la *soppressione* dell'infezione.

Solo con l'uso di dosi insufficienti si giustifica l'obbiezione che tale mancanza sia dovuta a *latenza* dell'infezione stessa.

Altra obbiezione strana, dovuta a cavillosa interpretazione del concetto di latenza è che, siccome le cure abortive danno pochi segni di malattia, esse ci preparano un maggior numero di tabici e di paralitici; perchè è noto che questi malati hanno spesso nella loro storia pochi segni di infezione. E magari ci sono

autori che già veggono dopo le cure con il 606 aumentato il numero dei paralitici!

Oltre il concetto della *latenza*, anche quello delle *reinfezioni* è portato a sostegno della propria tesi da coloro che hanno obbiezioni da fare alla cura abortiva della sifilide.

L'A. ricorda le vecchie esperienze di Neisser che non riuscì a reinoculare con virus sifilitico le scimmie sifilitiche non trattate con la cura specifica e perciò tuttora infette: mentre ottenne molte reinoculazioni, col tipico sifiloma iniziale, in quelle specificamente curate. Il Neisser inoltre constatò che gli organi degli animali non potuti reinoculare, innestati su altri animali, riprodussero la malattia.

Recentissime invece sono le esperienze di Kolle che da anni, servendosi di uno stipite di spirochete della casa Speyer (stipite di Truffi), mediante continui e successivi passaggi nei conigli ha ottenuto di *poter avere un attecchimento dell'infezione tutte le volte che egli la tenti in conigli sani.*

Il Kolle non ha mai potuto sperimentalmente reinfettare i conigli già infettati e non curati. In altri conigli infettati iniettò 3 forti dosi di Neosalvarsan a cominciare da 3 giorni, 15, 30, 45, 120 giorni dall'infezione. Nei conigli curati prima dei 45 giorni ottenne il cento per cento di reinoculazioni positive col tipico sifiloma iniziale; in quelli curati fra i 45 ed i 90 giorni, i risultati positivi divennero sempre più rari; in quelli curati dopo il 90° giorno non ottenne più alcuna reinfezione con il sifiloma iniziale tipico.

Queste osservazioni dimostrano che la reinfezione, osservata con maggiore frequenza oggi in confronto del passato, è invece un argomento favorevole alla bontà della cura abortiva, i cui risultati eccellenti non devono lasciare più nè dubbiosi, nè perplessi.

Persia.

Arsenicali e mercurio nel trattamento della sifilide.

Il valore degli arsenicali, come cura *esclusiva* della sifilide, va perdendo sempre più terreno; su questo fatto richiama l'attenzione Millet in un libretto: *La Séro-réaction* (rif. in *Journal des praticiens*, 4 agosto 1923), osservando che gli arsenobenzoli fanno sparire rapidamente le spirochete dal sangue, ma non dai gangli linfatici, che costituiscono il grande rifugio delle spirochete stesse. Le maggiori difficoltà si incontrano nel vincere l'ostacolo ganglionare, poichè ogni iniezione non vi trasporta che quantità minime di medicamento; le iniezioni vanno quindi fatte in serie abbastanza lunghe da ripetersi ad intervalli; la reazione di Wassermann negativa non è che una lustra e la malattia può continuare a svolgersi, nonostante la reazione rassicurante.

L'A. consiglia quindi di aggiungere agli arsenobenzoli il mercurio, con un trattamento continuo ed alterno. In sei settimane, sei iniezioni di arsenobenzoli a dosi progressive e sei di benzoato di mercurio, da farsi endomuscolari a dosi di 5 cg., quattro giorni dopo quella di arsenobenzoli. Oppure si possono fare dodici iniezioni di arsenobenzoli, seguite da quindici giorni di trattamento mercuriale; questo può farsi con pillole se le iniezioni sono troppo dolorose. Poi si ricominciano le iniezioni arsenicali e così per dei mesi e degli anni.

fil.

Argiria e melanosi arsenicale della pelle e delle mucose da argento e neosalvarsan.

Un caso di tale natura è riferito da F. Kogoj (*Acta dermato-venerologica*, n. 1, 1923). La paziente dopo 12 iniezioni di argento salvarsan e 12 iniezioni di neosalvarsan, presentò una colorazione grigio sporca della pelle e delle mucose visibili. Escluse per i sintomi clinici e per i dati anamnestici la melanosi di Riehl, le melanosi professionali e il morbo di Addison, rimaneva il dubbio tra la melanosi arsenicale e l'argiria. La pigmentazione grigia diffusa a tutte le mucose visibili rendeva più probabile la diagnosi di argiria. L'esame istologico di un pezzo di pelle escisso dal dorso dimostrò che la colorazione dipendeva da un notevole aumento del pigmento melanotico e dalla formazione di piccolissimi granuli bruno-nerastri. L'autore attribuisce l'aumento del pigmento melanotico all'azione dell'arsenico (aumentata attività del fermento pigmento-polietico) e considera i granuli bruno-nerastri particelle di argento deposte nelle cellule.

Pollitzer.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sindromi dolorose nella infezione melitense. — Al dott. R. B., Larino:

Le sindromi dolorose nella febbre melitense, sono un fatto di comune osservazione (nevralgie, nevriti, artralgie, artriti specialmente); qualche volta assumono importanza capitale nel decorso della malattia, perchè impediscono per lungo tempo il riposo e il sonno. Riuscite vane le cure siero- e vaccinoterapiche, come spesso accade, riuscita vana la terapia proteinica aspecifica, o mentre tali pratiche curative sono in corso, conviene tentare ad uno ad uno gli antinevralgici, tra i quali consiglio i salicilici, il piramidone, il valerianato di chinina. Quando tali rimedii riescano sen-

za efficacia e i dolori siano insopportabili, si ricorra ai derivati dell'oppio, mutando spesso preparato, e non protraendo la concessione più di quello che lo stretto bisogno non lo richieda. In generale la sindrome dolorosa si esaurisce prima che l'organismo si abitui al rimedio; l'assuefazione deve essere però sempre temuta, perchè talora le sindromi dolorose sono tenaci.

T. PONTANO.

Nell'acne giovanile. — Al dott. A. Z., abbonato n. 4686:

La cura dell'acne giovanile è basata essenzialmente sulla rimozione del grasso cutaneo segregato in eccesso (seborrea): quindi saponate calde, polveri assorbenti, ecc. Giovano certamente i preparati di solfo (acqua del Kummerfeld) e l'acido salicilico, adoperati per altro con cautela quando si abbia a che fare con soggetti dalla cute facilmente irritabile. Contemporaneamente si cureranno gli eventuali disturbi che sogliono accompagnarsi all'acne: anemia, dispepsia, e quelli della sfera genitale, i cui rapporti con la secrezione sebacea nella giovinezza (seborrea, acne) e nell'età avanzata non si possono mettere in dubbio. Proibire i cibi irritanti, le bevande alcooliche, raccomandare ai malati di masticare accuratamente il cibo, di tenere l'alvo libero, ecc.

V. MONTESANO.

Cecità istantanea. — All'abb. n. 5091-1:

La cecità istantanea avvenuta dopo una emorragia abbondante (sia dovuta ad ulcera gastrica, sia a neoplasma) è da attribuirsi piuttosto ad una *trombosi della sacca oftalmica* che spesse volte offre lo stesso quadro oftalmoscopico di una *neurite ottica o papillite.*

G. PUCCIONI.

Al dott. G. D. B., da Roma:

La Redazione non prende in considerazione i quesiti non sottoscritti per intero. Gli pseudonimi o le iniziali possono, a richiesta, essere usati solo per le risposte sul giornale.

L. POZZI.

Assistenza sanatoriale in Italia. — Al dott. A. S. da E.:

Legga l'articolo pubblicato in proposito da M. Radaelli in «Pensiero Medico» del 20 ottobre 1923.

a. p.

All'abb. n. 10,008:

Non possiamo rispondere a quesiti riferentisi a singoli casi.

La *leucoplasia della bocca*, in genere, deve far pensare alla sifilide ed è consigliabile quindi una Wassermann.

V. M.

VARIA

Vecchiaia e ringiovanimento.

Le folate di speranze e di entusiasmi sollevate dalle pretese scoperte, che di tanto in tanto promettono il ringiovanimento ed il prolungamento dell'esistenza, svaniscono con la stessa rapidità con la quale si sollevano.

Il sogno della lunga giovinezza è troppo incantatore, e l'esperienza delle illusioni e disillusioni trascorse non rende mai scettici. La giovinezza è così bella, che l'umanità non sa rassegnarsi alla sua brevità, non sa rinunziare agli ardori ed alla freschezza della primavera della vita, specie quando le debolezze e gli acciacchi della vecchiaia la rendono più affascinante.

Non è quindi a meravigliarsi se l'elisir di giovinezza e di lunga vita sia stato in ogni tempo offerto e ricercato, venduto e comprato. Una volta si occupavano di tale commercio streghe, maghi e ciurmadori di ogni risma. Il più noto per la sua abilità e la sua audacia fu il famoso Cagliostro. Egli si vantava di avere un liquore che aveva la facoltà di prolungare la vita e di conservare la giovinezza. Faceva credere che grazie all'uso di questo liquore egli era vivo da più secoli mantenendosi sempre nelle medesime condizioni di virilità. E fu creduto, ammirato, onorato. E come lui, un altro avventuriero, Giacomo Casanova, cercò di spillare quattrini speculando sul desiderio universale di ringiovanimento.

Più tardi questo problema tentò lo spirito investigatore di scienziati seri e già affermatisi per altre scoperte. Nel 1889 Brown-Séquard, allora settantenne, comunicava all'Accademia di Medicina di Parigi di avere egli stesso riacquistata la energia e la sveltezza giovanile facendosi iniettare il succo ottenuto dalla triturazione di testicoli di montone. La notizia fece subito il giro d'Europa ed il metodo fu largamente applicato, ma, tranne qualche rara eccezione, nella quale forse entrò in giuoco la suggestione, non dette che insuccessi. Fu perciò presto abbandonato. Malgrado l'autorità dello scienziato che aveva promesso il ringiovanimento, il sogno di Faust rimase un sogno.

Chi ricorda gli entusiasmi destati dalle comunicazioni di Brown-Séquard, non si meraviglia del rumore fatto intorno agli annunzi di Voronoff. Come è ben noto questo medico ha praticato gli innesti di glandole interstiziali.

L'operazione è stata prima tentata su animali, montoni, vecchi o castrati. Innestò loro

lembi di glandole interstiziali tolte ad animali giovani ed osservò che il tessuto innestato continuava a vivere e a funzionare nel nuovo corpo beneficandolo del suo prezioso secreto. Animali decadenti in preda a disfacimento senile ripresero dopo l'innesto nuova vitalità, riassunsero l'aspetto giovanile, riebbero l'ardore e la capacità procreatrice. Gli stessi esperimenti tentati su l'uomo adoperando materiale d'innesto proveniente dalla scimmia ed anche da altro uomo hanno dato qualche successo. La pubblicazione degli innesti di Voronoff ha fatto gran rumore, forse più di quel che la loro portata scientifica meritasse. È ben noto come le difficoltà ed i pericoli della tecnica, la fugacità del ringiovanimento distolsero dalla larga applicazione del medico russo-parigino.

Steinach, un medico viennese, ha tentato più recentemente di raggiungere lo stesso risultato con mezzi più semplici e meno pericolosi. Egli risvegliò l'attività della glandola interstiziale mediante la legatura del canale deferente. Questa operazione determina la necrosi degli elementi procreatori del testicolo mentre ravviva la proliferazione e la funzione degli elementi interstiziali. Steinach fece le sue esperienze su ratti di 27 mesi con evidenti e numerosi segni di senilità. Gli animali non mangiavano più, avevano perduto i peli, dormivano quasi continuamente, erano magrissimi, e non davano alcun segno di ardore sessuale. Tre settimane dopo l'operazione cominciarono a ricomparire i peli, ritornò la forza muscolare: i ratti cominciarono a saltare, a difendersi, ad aggredire, a corteggiare le femmine. Dopo circa sette mesi però la senilità ricomparve.

Il chirurgo Lichtenstern eseguì l'operazione di Steinach su tre uomini con marcati caratteri di senilità ed ottenne un ringiovanimento fisico e psichico degli operati. Le ulteriori ricerche però praticate da altri non hanno confermato tali risultati. Lo stato di ringiovanimento consecutivo alla legatura dei canali deferenti è effimero e talvolta anche nocivo allo stato di salute generale.

Quando anche non si voglia ammettere nei successi finora registrati l'influenza della suggestione, le esperienze finora tentate non sembrano autorizzare alcuna speranza di soluzione, almeno pratica, del problema del ringiovanimento.

L'innesto di Voronoff, l'operazione di Steinach, forse avranno in pratica la medesima sorte dei tanti preparati promettenti la virilità. Il rumore che attorno a questi tentativi fanno gli autori stessi non depone per una eccessiva serietà, malgrado si fondino su postulati scientifici di indiscusso valore.

Quantunque anche dal punto di vista teorico siano possibili le obiezioni, in effetti il ringiovanimento con i metodi recentemente proposti somiglia alla galvanizzazione di un organismo decadente. Le sostanze che fisiologicamente provvedono allo sviluppo ed al mantenimento dei caratteri sessuali, riassorbite in gran quantità per effetto dell'iniezione, dell'innesto o della legatura del deferente eccitano tutto l'organismo. Ma purtroppo questo nei vecchi ha perduto la capacità di reagire in modo costante e fermo agli eccitamenti del genere. Il lumignolo bruciato non può più ardere anche se l'olio si versa a profusione nella lucerna.

L'artifizio non può rompere le leggi della natura. Ogni età ha le sue condizioni organiche che si riverberano con particolari caratteri somatici e psichici. Quando un organismo ha raggiunto il massimo di differenziazione compatibile con la sua natura può apparentemente rimanere stazionario qualche tempo, ma la decadenza lo minaccia senza che possa sfuggirvi.

La senilità è una necessità inesorabile ed il ringiovanimento una chimera.

L'umanità più che affannarsi alla ricerca dei mezzi atti a forzare le leggi della natura, dovrebbe procurare di non affrettare il destino. Se gli uomini conducessero una vita più confacente alle loro possibilità fisiologiche, la virilità sarebbe più duratura, la vecchiaia più sopportabile. Le intemperanze d'ogni genere, gli avvelenamenti voluttuari, gli eccessi e le infezioni sessuali rovinano l'organismo ed anzi tempo lo rendono fisiologicamente inadatto ai desideri. In questa mancanza di corrispondenza tra le possibilità somatiche e le condizioni psichiche consiste tutto il dramma dell'attuale vecchiaia.

La vecchiaia fisiologica è armonica come tutte le altre età, non ammette sentimenti e desideri che non trovino condizioni di soddisfazione nello stato somatico. Solo l'uomo giunto precocemente alla vecchiaia attraverso le intemperanze, i vizi, o le infezioni per propria colpa o dei suoi progenitori, sente il tormento del suo stato. Il tramonto fisiologico è dolce e senza contrasto. Perfino la morte, che allora è un fenomeno puramente fisiologico, viene considerata senza spavento. Anzi allora l'uomo aspetta desiderando la dea greca della morte tranquilla, l'Eutanasia.

G. DRAGOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXX. — Il servizio interinale dei medi condotti è valutabile agli effetti del periodo di prova e della stabilità.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 ottobre 1923 — ric. Bresciani dottor Vincenzo contro Corsorzio di Torre, ecc. — ha riaffermato che il servizio interinale, seguito da nomina in base a concorso, è utile agli effetti del biennio di prova e della stabilità.

« Anche durante il servizio prestato a titolo « interinale — è detto nella decisione — l'au« torità comunale e la popolazione del Comune « e del Consorzio hanno il modo di esperimen« tare appieno le qualità morali e professsio« nali del medico e la nomina definitiva, im« mediatamente susseguita all'interinato impli« ca di necessità un favorevole apprezzamento « circa l'anteriore servizio del sanitario ».

Soggiunge la decisione che non può considerarsi meno utile il servizio interinale che fu prestato durante la guerra, nel periodo di sospensione dei concorsi.

In senso conforme ha deciso la IV Sezione con sentenza 10 novembre 23, ric. Lauricella.

Questi principi direttivi si possono considerare ormai acquisiti; occorre però guardarsi da eccessive generalizzazioni in relazione ad altri rapporti di impiego e alle condizioni obbiettive che sono necessarie alla efficacia del servizio.

Recentemente la IV Sezione, con decisione 12 maggio 1922, n. 232, ha dichiarato inefficace il servizio prestato, per incarico provvisorio, da un impiegato qualora, a norma del regolamento per il personale del Comune, sia espressamente stabilito che il periodo di prova (nella specie un anno) debba essere iniziato dopo la nomina.

Nel caso deciso, non si trattava di un medico condotto e fonte della norma era il regolamento del Comune, che disciplinava integralmente il rapporto con pienezza di attribuzioni, e come limitava ad un anno la prova così esso ne stabiliva espressamente la decorrenza.

Da altro punto di vista, per considerazioni d'ordine obbiettivo, si deve escludere la efficacia di prestazioni inerenti a determinati e particolari servizi, non trattandosi in tal caso di prestazioni piene e autonome, che possano costituire materia di esperimento.

Per i medici condotti, gli art. 30 e 31 del testo unico delle leggi sanitarie, regolano la stabilità del rapporto nell'interesse del servizio con norme imperative e richiedono due condizioni sostanziali:

a) che la nomina definitiva sia deliberata in seguito a concorso, per l'accertamento della capacità tecnica assoluta e relativa;

b) che il Comune possa controllare l'attività pratica del medico condotto, nel corso di un biennio, in quel determinato ambiente, per esprimere un giudizio di valutazione fondato sull'esperimento effettivo e non soltanto su presunzioni di capacità teorica.

Le due condizioni sono preordinate a finalità proprie, specifiche e distinte; hanno scopi sostanziali e non corrispondono a modalità formali.

La legge non richiede — e sarebbe illogico che richiedesse — una successione cronologica fra le due forme di accertamento, nel senso che l'esperimento pratico debba seguire integralmente l'esperimento del concorso.

Il servizio interinale di condotta medico-chirurgica, in sede vacante, è soggettivamente e oggettivamente identico a quello successivo al concorso: nell'una e nell'altra situazione giuridica, la prestazione è perfettamente identica per natura, entità, estensione ed autonomica; non si verifica novazione, ma si continua lo stesso rapporto sostanziale; soltanto la qualificazione giuridica è diversa.

E poichè la legge regola imperativamente la *stabilizzazione relativa* del rapporto, per un fine di interesse pubblico, cioè per la migliore organizzazione del servizio sanitario, è sottratto al Comune il potere di modificare le condizioni che sono stabilite per un fine sostanziale di accertamento teorico e pratico.

L'art. 33 del testo unico delle leggi sanitarie riafferma il principio della efficacia di tutto il periodo di esperimento pratico, anche nel caso di interruzione giuridica.

L'accertamento della idoneità assoluta e relativa, da parte della Commissione, e, nel caso di nomina, l'esercizio pratico biennale controllato e favorevolmente valutato dal Comune, sono, dunque, sufficienti a rendere stabile il rapporto: che l'esercizio pratico, atto a controllo pieno, sia anteriore alla nomina definitiva o alla nomina rinnovata, è indifferente; anzi questa nomina, successiva al servizio provvisorio, implica necessariamente — come ha osservato la IV Sezione — un giudizio favorevole all'attività esplicata a titolo provvisorio.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. *Corpo amministrativo degli Ospedali.* — Comprimari pei gabinetti di Radiologia e Analisi. Scade 30 novembre. Titoli ed eventualmente prova pratica. Laurea da almeno 6 anni e non oltre 15. Certificati di carriera. Chiedere annunzi.

CANNERO (*Novara*). — Kmq. 7, ab. 1263; L. 4000 per 300 pov., addiz. L. 4, per uff. san. L. 500, indenn. alloggio L. 500, doppio c.-v. Scad. 30 nov.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 15 dic. Lo stip. iniziale, con deliberaz. in corso di approvaz., è portato a lire 15,000. L'Ammin. comun. rimane libera d'introdurre modificaz. al regolam. organico in base al R. D. 27 mag. 1923, n. 11771. Esami sui programmi stabiliti con D. M. 28 gen. 1923. Restano immutate tutte le altre condizioni.

FRAZZANÒ (*Messina*). — L. 5000 per 500 pov., lire 500 quale uff. san. e l'indenn. c.-v.; addizion. L. 5. Scad. 10 dic. Ab. 1320, posizione amena.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

IMOLA (*Bologna*). — *Congregaz. di Carità.* — Medico assistente all'Ospedale S. Maria della Scaletta; L. 4000 e c.-v., alloggio person., vitto nei giorni di guardia. Scad. 30 nov. Età anni 35. Nomina per un anno, possibile riconferma per non più di due anni. Chiedere annunzio.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte; a tutto 15 dic.: L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua, riconferma per l'anno successivo.

MUGNANO DEL CARDINALE (*Avellino*). — Consor. 3 Com. Scad. 25 nov. L. 5000 e 5 quadrienni; 1 c.-v.; età lim. 50. Ab. 5000. Zona piena.

NOCETO (*Parma*). — Stip. L. 6500; c.-v. L. 2400; cav. L. 3200; scad. ore 12 del 30 nov. Direz. Osped. Pavesi e ambulat. senza maggior compenso. Serv. entro 15 giorni.

ROCCA DI BOTTE (*Aquila*). — A tutto il 30 nov.; L. 6000 oltre L. 500 uff. san. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Tariffa predisposta da R. Commissario per gli abbienti ed i semi-abbienti. Ab. 965 accentrati. Chiedere annunzio.

ROMA. *Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.* — Medico. Scad. 30 nov. L. 12,000; c.-v. Spedire in piego raccomandato con ricevuta di ritorno: domanda di ammissione in bollo da L. 1, atto di nascita da cui risulti età inferiore 40 anni, cittadinanza ital., buona condotta del casellario, diploma e specchio voti esami speciali e di laurea. Titoli; pubblicazioni. I certificati di rito non anteriori 1° ottobre; esonerati impiegati di ruolo o dello Stato indicando nella domanda l'Amministrazione che li detiene. I risultati del concorso debbono essere approvati dal Comitato esecutivo. Contratto per 3 anni di cui il primo in prova.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Consor. con Vallio; abit. 2200; L. 7000 e 5 quinq. di L. 700; uff. san. L. 300; mezzo trasp. L. 1000; addiz. L. 3 oltre 1/3 della popolaz. Vicinanza tram, ferrovia.

TAGLIUNO (*Bergamo*). — Condotta consorziale residenziale con Calepio. Popolazione 4750; poveri circa 1000. Scade 27 novembre. Chiedere avviso Municipio di Tagliuno.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Sono vacanti alcuni posti di medici praticanti con assegno di L. 300 mensili. Dirigere le richieste di schiarimenti e le domande alla Direzione Sanitaria.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre. Uff. sanit. Vedi fasc. 43.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA *R. Università.* — Premio Baccelli al merito clinico di Fondazione dell'Ist. Naz. Med. Farmac., consistente in una medaglia d'oro, fra professori e assistenti universitari o addetti a Osped.; scad. 15 dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. cav. Filomeno Di Tullio da Roccaraso (Aquila) è stato decorato con medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica per la campagna antiinfluenzale 1918 e 1919 in Sicilia e nelle Marche.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Maggio 1923.

MALATTIE	7-13 maggio		14-20 maggio		21-27 maggio		28-3 giugno	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	239	1681	245	1607	204	1259	191	1317
Scarlattina. .	80	232	88	212	81	214	79	198
Vajuolo e vajoloide . . .	5	5	7	10	5	11	3	4
Tifo addominale . . .	102	208	117	193	100	116	117	218
Difterite e croup . . .	131	213	135	193	108	163	109	187
Meningite cerebro-spinale	11	13	15	19	7	6	9	10
Dissenteria	—	—	1	1	1	1	2	2

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica: nulla.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività del Comitato romano contro la tubercolosi.

Nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma ha avuto luogo una riunione dei Comitati collaterali, la cui opera dovrà essere affiancata a quella del Comitato Romano contro la tubercolosi. Tale riunione, riuscita importantissima per il numero e l'autorità delle persone che vi presero parte, fu presieduta dal prof. Vittorio Ascoli.

Il presidente dimostrò lo scopo per il quale era stato richiesto il concorso di nuove e coordinate collaborazioni. Queste dovranno facilitare, egli disse, la penetrazione nelle masse, condizione da ritenersi fondamentale per far comprendere, specialmente nella sua parte sociale, il grave problema della tubercolosi, e interessarle alla lotta contro tale flagello.

I Comitati Collaterali, che sono stati costituiti, avranno l'ufficio di scuotere l'apatia del pubblico, colla propaganda, coll'opera di finanziamento, col migliore assetto delle istituzioni antitubercolari esistenti, coll'organizzazione di quelle da creare, e colla fervida attività loro, raccolta intorno al problema della casa e degli ambienti di lavoro, nei rapporti con la tubercolosi. Roma, bisogna riconoscerlo, aggiunge il prof. Ascoli, malgrado abbia preceduto altre città per iniziative e provvedimenti contro la tubercolosi, non ha ancora una sufficiente organizzazione per la sua difesa. E ciò, forse, si deve al carattere troppo particolaristico delle opere che a questa lotta hanno dato la loro cooperazione. Tale deficienza ha cercato rimuovere il Comitato Romano, costituendo la Federazione delle Opere Antitubercolari.

Il migliore coordinamento che ne è risultato non ha mancato di produrre i suoi frutti benefici. Questi, pur essendo ragione di compiacimento, non sono ancora tali da colmare il programma e le aspirazioni del Comitato Romano, il quale ritiene che il problema sociale della tubercolosi è troppo vasto e complessivo per essere affrontato dall'attività di poche persone. Molte energie devono, al contrario, concorrere alla riuscita di questo problema. Da qui il proposito di imprimere un ritmo più rapido e più fruttuoso al movimento antitubercolare, mediante l'istituzione dei Comitati Collaterali più sopra indicati. L'appello pertanto che si è fatto alla loro opera volonterosa e fattiva, gioverà, senza dubbio, ha detto il prof. Ascoli, alla lotta antitubercolare cittadina, convergendovi l'interessamento e la cooperazione del pubblico, ed affrettando la costituzione del Consorzio Provinciale Antitubercolare.

Il presidente dell'Ordine dei Medici presentò, a questo proposito, un ordine del giorno, per sollecitare l'Amministrazione Provinciale a concorrere all'adempimento di un tassativo obbligo di legge.

Quest'ordine del giorno, che ebbe l'unanime approvazione, verrà trasmesso al sig. prefetto, perchè prenda a cuore una questione che ha tanta vitale importanza nei riguardi della lotta contro la tubercolosi.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze a Leonardo Bianchi.

Il 7 corr. l'Ateneo di Napoli ha reso solenni onoranze a Leonardo Bianchi che, avendo raggiunto il 75° anno di età, lascia l'insegnamento ufficiale.

Nell'Aula Magna dell'Università era convenuto quanto di meglio la città partenopea accoglie, rappresentanti illustri della scienza, della politica, dell'arte. E maggior solennità era conferita all'avvenimento del trovarsi in quei giorni a Napoli tutti i cultori della neurologia e psichiatria italiane ivi raccoltisi per l'annuale Congresso. Da S. M. il Re al Duca d'Aosta, da S. E. Mussolini a S. E. Gentile quanti in Italia ammirano l'opera feconda dell'illustre Maestro, tutti hanno contribuito con la presenza o con telegrammi augurali alla indimenticabile esaltazione dello scienzato, del cittadino, dell'insegnante. Di Lui parlarono degnamente, illustrandone la figura dello studioso e dell'uomo politico, il Magnifico Rettore, prof. Zambonini, il prefetto, il sindaco di Napoli, il preside della Facoltà prof. Jemma, e il giovane dott. Schiavello, quale rappresentante della Corda Fratres.

A tutti rispose con evidente commozione il Maestro illustre, che vediamo allontanato dalla cattedra dalle ineluttabili necessità della legge, mentre la sua mente ha ancora le vive fosforescenze di una gagliarda maturità. La persona si allontana dalla quotidiana fatica dell'insegnamento, ma la Napoli degli studiosi come quella dei sofferenti certo godrà ancora del consiglio e dell'aiuto del clinico sapiente. Non possiamo qui in breve sintesi parlare nemmeno dell'opera dello scienziato perchè la vita fattiva di un Uomo che ha affrontato i più complessi problemi della psichiatria e della neurologia, quando il farlo sembrava vana fatica e inutile impresa, non può essere racchiusa nel cerchio di poche frasi. I magistrali lavori sul lobo frontale e sulla sindrome del parietale testimonieranno anche ai futuri studiosi delle virtù somme del clinico, come il trattato di psichiatria e quello sulla meccanica del cervello mostreranno sempre tutta la potenza assimilatrice di una mente geniale che potè, a seconda che volle, essere ora analitica ora sintetica. È frase vieta ripetere che uomini come questi non dovrebbero morire mai ma risponde a un vero bisogno dell'animo nostro l'augurarci che il geniale vagliardo non ci manchi nelle riunioni annuali della Società neurologica italiana come lo abbiamo veduto vegeto, pronto, perspicace in questa adunata autunnale. Sono certamente con noi in questo augurio i molti discepoli della sua scuola, e quanti coltivando la scienza con fede di apostoli ammirano in Lui l'infaticabile studioso, il sereno pensatore, il clinico sommo.

Sabatucci.

Associazione Italiana per l'igiene.

Sotto la presidenza del prof. A. Sclavo e coll'intervento dei rappresentanti delle principali Sezioni e delle maggiori Organizzazioni iscritte all'Associazione,, si è riunito in Roma il 30 ottobre u. s. il Consiglio direttivo dell'Associazione Ita-

liana per l'Igiene, che, dopo aver commemorato i colleghi consoci proff. Poli e Borri ed il senatore prof. Foà, ha deliberato di aderire alle onoranze che Napoli si appresta a tributare all'insigne prof. V. de Ciaxa.

Indi, udite le comunicazioni della Presidenza e preso atto del recente decreto sul commercio degli alcoolici e della circolare ministeriale sulle Vaccinazioni, il Consiglio stesso ha largamente discusso nei riguardi delle riduzioni degli organici dei sanitari, delle soppressioni dei posti di U. S. e delle inconsulte proposte di appalto di speciali servizi sanitari da parte di alcune Amministrazioni comunali, anche dei Comuni maggiori, fatti che costituiscono grave minaccia per l'Igiene nazionale, stabilendo di rivolgere il proprio studio su tali problemi, d'interesse nazionale, in attesa di conoscere il nuovo ordinamento che dal Governo sarà dato ai servizi statali, risultando probabile la trasformazione delle Prefetture in organismi tecnici d'azione invece che politici.

Per l'inchiesta igienico-sanitaria in Sardegna ogni decisione è stata demandata al Comitato Sardo, che dovrà preordinare il III Congresso nazionale dell'Associazione, mentre all'unanimità sono state approvate la proposta Botti «per la più efficace mobilitazione igienica nazionale», l'Istituzione di un «diploma di benemerenza», le modificazioni allo Statuto ed al Regolamento secondo i voti della precedente assemblea, i temi ed il programma generale del futuro Congresso da tenersi nell'aprile 1924 in Sardegna.

Come programma d'azione, specialmente nei riguardi della propaganda, il Consiglio deliberò di indire un concorso nazionale a premi sul tema: «L'igiene del lavoratore», ed altri concorsi periodici per conferenze popolari d'indole igienica, nonchè la pubblicazione di opuscoli di propaganda ed un libretto di norme sull'allevamento del bambino, richiedendo per tale opera l'adesione ed il contributo di quanti possono trarre beneficio dal progresso igienico della Nazione.

***

Il presidente dell'Associazione Italiana per l'Igiene, prof. A. Sclavo, nel pomeriggio del 1° novembre corr., è stato ufficialmente ricevuto da S. E. Mussolini, al quale ha succintamente illustrató l'opera di propaganda che l'Associazione intende svolgere per l'incremento della coscienza igienica popolare, fondamento di ogni progresso civile e sociale del Paese.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri ascoltò attentamente l'esposizione di tale programma consentendovi e mostrando di apprezzare il valore del contributo che dagli Igienisti Italiani può essere apportato alla soluzione di importanti problemi nazionali.

Il Comitato di igiene alla Società delle Nazioni.

Il Consiglio permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica nella sessione ordinaria testè chiusasi a Parigi ha designato ad unanimità di voti il dott. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, quale delegato presso l'organizzazione permanente di igiene della Società delle Nazioni.

In questi giorni, anche a Parigi va svolgendo i suoi lavori la Sottocommissione incaricata dal Comitato di igiene della Società delle Nazioni, di proseguire gli studi sul cancro: Sottocommissione della quale fanno parte lo stesso dott. Lutrario, e, come esperti, l'on. Pestalozza e i dottori Niceforo e Giardina.

Per Carlo Moreschi.

Alla memoria del compianto prof. Carlo Moreschi verrà consacrata una delle due sale della erigenda succursale balneo-climatica della Clinica per le malattie del lavoro di Milano, a Salice.

Liberalità universitarie.

I coniugi dott. Arnaldo e Regina Rolli, nel pietoso intento di onorare la cara memoria del loro lacrimato congiunto Vittorio Hannau, hanno consegnato al prof. Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma, la somma di lire 10,000, destinate ad aiutare studi e ricerche aventi per iscopo la profilassi e la cura della febbre tifoide.

In una nobile lettera scritta al Rettore della R. Università, i coniugi Rolli hanno promesso di rinnovare al predetto Istituto d'Igiene, anche negli anni successivi, siffatte munifiche elargizioni.

Questa elargizione Rolli viene ad aggiungersi alla cospicua donazione di L. 100,000, fatta giorni or sono dal sig. Bindo Hannau, a favore degli studi sperimentali che si compiono nell'Istituto d'Igiene di Roma. Essa è tanto più commendevole, in quanto che la febbre tifoide — detta *la malattia dei paesi poco civili.* — continua ad infierire in Italia, mentre va scomparendo in altre Nazioni. E non poteva essere meglio destinata: difatti dobbiamo al Sanarelli la concezione setticemica della febbre tifoide, che ormai si è generalmente imposta, nonchè i primi tentativi di sieroterapia antitifoidea.

***

Dopo la grandiosa cerimonia della consegna della medaglia d'oro Salvi da parte degli operai poligrafici milanesi alla Clinica del lavoro di Milano (ne demmo già notizia), il sig. Angelo Longhi, della Ditta Fratelli Longhi, rimise al prof. Devoto, direttore della Clinica stessa, la somma di lire 10,000, che il Devoto ha destinato alla erigenda succursale balneo-climatica di Salice.

Per la cura della lebbra.

Il governo degli Stati Uniti ha deliberato di estendere le piantagioni di Hydnocarpini nelle isole Hawai e Filippine, per assicurare, fra 4-5 anni, una produzione copiosa di olio di chaulmoogra puro a prezzi accessibili, bastevole a rifornire i lazzaretti per lebbrosi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Edinb. Med. Journal, ag. — J. H. ASHWORTH e A. LOGAN TURNER. Rinosporidiosi.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 28 luglio. — L. CHEINISSE. L'adsorbimento come metodo terapeutico.

L'Encéphale, lug.-ag. — H. CLAUDE e S. BERNARD. Mixedema e psicosi. — E. JUSTER. Reazioni vasomotorie cutanee. — R. TARGOSIRA e M. BADONUEL. Funzionalità renale nelle malattie mentali. — H. CLAUDE, GARRELOU e SANTENOISE. Il riflesso solare.

Quaderni di Psichiatr., mag.-giu. — U. CERLETTI. L'eredo-lue e le sue stimme. — L. PRATI. Reazioni agli eccitamenti sensoriali-emotivi in alcune forme mentali.

Journal Amer. Med. Assoc., 14 lug. — L. HEKTOEN, A. CARLSON e K. SCHULHOF. La reazione precipitante della tiro-globulina. — W. TIMME. I metodi moderni dell'igiene di razza.

Mediz. Klinik, 29 lug. — G. DORNER. Il pneumotorace art. — A. DÜHRSSEN. La cura inalatoria Weninger della tbc.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, n. 16. GREVENSTUK, LAQUEUR e RICBENSAHM. Sull'insulina. — C. DE LANGE. Herpes zoster e varicella. — KLUMPER. Apoplessia pancreatica con necrosi grassa in puerpera.

Ib., n. 17. — MUSKEUS. Fenomeni fisiologici durante accessi mioclonici. — LOBSTEIN. Ricerche ereditarie in psichiatria.

Ib., n. 19. — WOENSDREGT e VAN DAM. Quadro ematologico e parassitologico in un caso di terzana. — WASSING e VAN RAAMSDONK. Isoemagglutinine nei cancerosi. — BOLTEN. Le cause della fragilitas ossium.

Ib., n. 20. — OUDENDAL. Tubercolosi del miocardio con rottura del cuore. — SMID. La peritonite acuta nei poppanti.

Münch. Mediz. Wochens., 29 giu. — H. COENEN. Fibroma delle rino-faringe. — H. FRITSCH. Trattamento dell'uremia nella nefrite acuta con i raggi Roentgen.

Bull. d. Sc. Med., mag.-giu. — G. MONTI. Ernia dell'uretere.

Soc. d. Hôp., 21 giu. — GOUGEROT. Crisi nitritoidi provocanti l'aborto. — ARDIN-DELTEIL, LEBLANC e R. AZOULAY. Sindrome emi-bulbare retro-olivare destra.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 giu. — E. LEVI. Autoemoterapia della infezione tifoide.

Journal de Méd. de Paris, 16 giu. — L. BIZARD. La blenorragia discreta nella donna.

Pediatria, 1 ag. — G. CARONIA. Ricerche sulla etiologia del morbillo. — W. L. YAKIMOFF. Studi sul kala-azar.

Arch. Mal. Appareil Digestif, ecc., giu. — J. CHALLIER e MALLET-GUY. L'ulcera semplice del colon ascendente. — J. JOVIN. Le emorragie gastro-intestinali occulte.

Riforma Med, 30 lug. — G. AIELLO. Azoto incoagulabile del sangue e lavoro muscolare.

Ann. di Ostetr. e Ginec., lug. — U. SOLI. Alterazioni della placenta nell'eclampsia.

Journal de Méd. de Paris, 28 lug. — C. ROEDERER. L'insufficienza vertebrale.

Medic. Ibera, 23 giu. — E. ESCOMEL. Il trattamento della tricomoniasi intestinale.

Brazil-Méd., 2 giu. — N. BABROSA. Azione terapeutica del batteriofago stafilococcico.

Mediz. Klinik, 24 giu. — W. RINDFLEISCH. Cause rare di febbri protratte. — M. JESMER. Lue salvarsan-resistente.

Bull. Ac. de Méd., 12 giu. — G. DELAMARE e ALALON. Pseudosimbiosi vibriospirochetosica (vibriospiria).

Lancet, 23 giu. — F. C. HOPKINS. Il meccanismo ossidativo della cellula vivente. — R. ARMSTRONG-JONES. La pazzia puerperale. — J. H. GARRETT. Vaiolo mite.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 26 novembre 1923 Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI.

Sul fenomeno paradosso nella reazione di Wassermann

del prof. DANTE DE BLASI, direttore.

Parecchi autori, fra cui la Marg. Stern (1), Ritz e Sachs, Krefting, Trinchese ed altri (2), hanno osservato che alcuni sieri di luetici, esaminati in giorni diversi dopo il prelevamento del sangue, dànno resultati contradittori: più raramente la stessa cosa accadrebbe secondo alcuni con sieri non luetici. Un fatto di questo genere mi occorse la prima volta nel 1910. Il compianto chirurgo romano prof. G. Mazzoni mi invitò a fare la reazione di Wassermann col sangue di un adulto che aveva una lesione testicolare, per la quale si presentava una diagnosi differenziale fra una forma hunteriana ed una forma tubercolare. Il giorno dopo il prelevamento esaminai il siero, e comunicai l'esito negativo. Il siero avanzato conservai in ghiacciaia, e lo adoperai come controllo negativo, due giorni dopo, in un'altra reazione di Wassermann. Ebbi la sconcertante sorpresa di vedere che il siero negativo era diventato *perfettamente positivo*.

Non dirò da quali dubbi fui assalito, facilmente immaginabili: in ogni modo, ne informai subito il prof. Mazzoni, che manifestò la sua sorpresa con parole bonariamente ironiche, com'era sua abitudine. Nell'incertezza, fu iniziata e condotta a termine una cura antisifilitica, che produsse la scomparsa della lesione. Era dunque un caso di sifilide; e bisognava considerare attendibile il secondo resultato della sierodiagnosi, non il primo. Da allora in poi, non ebbi il coraggio di dare un responso senza aver ripetuto in due giorni diversi la prova; ed ebbi così a registrare altri casi, relativamente pochi in verità, di fenomeno paradosso. Ma tutti questi casi erano di persone luetiche, per lo più curate. E ritenni superfluo il comunicarli, perchè i casi consimili già pubblicati prima che io ne avessi almeno una diecina, erano ben numerosi.

(1) STERN MARG. *Ueber die Bewertung der unsicheren und «paradoxen» Reaktionen bei den serodiagnostischen Untersuchungen an Syphilis.* Zeits. f. Immunitätsforschung und exp. Ther. Orig. V., 1910.

(2) Vedi RUBINSTEIN M. *Traité pratique de sérologie et sérodiagnostic.* Maloine, Paris, 1921; e, per un buon elenco biblografico sulla Wasermann in generale: JOLTRAIN E. *Nouvelles méthodes de sérodagnostic.* Maloine, Paris, 1916.

Molte discussioni si sono fatte sulla genuinità e sulle cause del fenomeno paradosso. Queste possono riunirsi in due gruppi: 1) il fenomeno è dovuto a proprietà intrinseche del siero in esame; 2) esso dipende da errori di tecnica che si commettono inavvertitamente in una delle due o più prove che si fanno con lo stesso siero.

Fra le condizioni tecniche è stato posto mente alla qualità del vetro delle pipette, dei tubi, dei matracci. Sternberg (1) si accorse che le sostanze solubili dei vetri nuovi, passando in soluzione, potevano dare false reazioni positive. E non v'è dubbio che la qualità del vetro abbia la sua importanza: basta pensare all'influenza che sui resultati può avere il diverso grado di acidità od alcalinità dei liquidi.

Fra le condizioni intrinseche dei sieri, si è presa in considerazione la possibile esistenza di sostanze che mascherino le reagine, e che scompaiano dopo qualche giorno di permanenza in ghiacciaia; inoltre si è pensato ai mutamenti di reazione che possono verificarsi nei sieri durante la loro conservazione (2).

***

Ho detto che le condizioni della tecnica hanno grande importanza; via via che essa si è venuta perfezionando, e che si son conosciute ed eliminate le su dette ed altre cause d'errore, il fenomeno paradosso si è fatto sempre più raro. Ciò posso affermare in base alla mia lunga esperienza, e credo che altri potrebbe dire altrettanto. Da tre anni in qua, usando il mio metodo di determinazione del sistema emolitico (3), non ne ho avuti che quattro, in luetici curati; ma voglio subito avvertire che non sono mai stati veri e propri paradossi, come per il passato, bensì notevoli rafforzamenti di positività nel secondo esame di fronte al primo: la prima reazione risultava più o meno debolmente positiva, la seconda spesso positiva quasi completa. Ciò accade meno di rado quando il primo esame si eseguisce il giorno stesso o il giorno dopo del prelevamento. Infatti R. Müller nota giustamente che «immediatamente dopo il prelevamento l'esito della reazione è più debole che il giorno seguente, e d'altra parte dopo una più lunga conservazione la reazione viene rinforzata» (1). Ciò non costituisce il vero paradosso, che è dato soltanto da una perfetta contrarietà di risultati; assolutamente negativo e completamente positivo. Mi ero pertanto già persuaso che il paradosso fosse realmente dovuto sempre ad errori tecnici.

Se non che, nell'agosto ultimo, mi è capitato un caso che, per le circostanze fortuite, non cercate, in cui si è verificato, ha il valore di un vero esperimento. Il 17 agosto il dott. C. prelevò del sangue ad un suo cliente, con manifestazioni terziarie in atto, e si recò subito al laboratorio per consegnarmelo. Il laboratorio essendo chiuso in quel momento, lasciò il campione al portiere del casamento, non senza qualche esitazione, giustificata dal fatto che il portiere gli sembrò piuttosto brillo. Tormentato dal dubbio che il campione non fosse in buone mani (dubbio che riconobbi del tutto infondato), il dott. C. mi riportò un altro campione prelevato il giorno dopo allo stesso paziente. Separai il siero da ciascuno dei due campioni lo stesso giorno del rispettivo prelevamento, e il 19 agosto eseguii la reazione in tutti e due, con tre antigeni e insieme con altri 12 sieri, fra cui 3 si dimostrarono positivi (oltre ai controlli di rito, naturalmente).

Il resultato fu questo:

W. col siero del giorno 17 *positiva completa*, concordemente coi tre antigeni;

W. col siero del giorno 18 *negativa perfetta*, concordemente coi tre antigeni.

Questa discordanza, anzi contrarietà di resultati, non poteva essere imputata alla tecnica, giacchè *i due sieri furono esaminati contemporaneamente, coi medesimi antigeni e col medesimo sistema emolitico, rigorosamente titolato.* Ma ero così persuaso della falsità del così detto paradosso, che non seppi darmi del fatto altra spiegazione che questa: da un giorno all'altro le reagine possono scomparire dal sangue, o per lo meno ridursi a così minima quantità da poter trasformare una reazione positiva in negativa. Mi ricordai allora di quanto aveva dichiarato Wassermann, con sincero rincrescimento, nella sua monografia sull'argomento, che fa parte del grande trattato di Kolle e Wassermann; che cioè è possibile avere risultati contradittorî col siero di un medesimo individuo luetico, prele-

(1) Vedi in RUBINSTEIN, op. cit., p. 218.

(2) PIETRAVALLE N. *La natura delle reagine luetiche e le principali cause di errore nella reazione di Wassermann.* Ann. d'Igiene, 1922.

(3) DE BLASI D. *Sulla determinazione del sistema emolitico nella reazione di Wassermann.* Boll. della R. Accademia medica di Roma, 1919; e ID. *Sul modo di assicurare ai sistemi emolitici costanza di effetti.* Arch. di scienze biol. 1923.

(1) MÜLLER R. *Die Serodiagnose der Syphilis, etc.*, Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1913, pagina 54.

vato in giorni diversi, a distanza di qualche settimana.

Rimisi in ghiacciaia i due sieri avanzati, e ripetei la prova il 21 agosto, cioè due giorni dopo. Superfluo il dire che furono adoperati gli stessi tre antigeni della prima volta, e che il sistema emolitico fu preparato, con ogni rigore, equivalente a quello di due giorni avanti. I resultati furono:

W. col siero del 17 agosto *positiva completa;*

W. col siero del 18 agosto *positiva completa.*

Il siero 18 agosto fu riconosciuto sterile, come quello del 17; la tecnica circondata di ogni scrupolo; gli antigeni identici; il sistema emolitico equivalente. Durante due giorni di permanenza in ghiacciaia il siero del 18 aveva acquistato la proprietà, di cui si mostrò privo il primo giorno, di dare la Wasserman positiva; dunque doveva contenere anch'esso, fin da principio, le reagine specifiche; e se queste non furono dimostrabili nella prima prova, vuol dire che nel siero stesso dovevano esservi inizialmente condizioni tali da mascherarle, e tali da scomparire durante il periodo di conservazione. Se tali condizioni siano rappresentate da sostanze antagoniste o, più semplicemente, da cambiamento di reazione, in un dato senso e in una data misura, non è possibile dire. Ma il caso è così evidente, per le fortunate circostanze in cui si è verificato, da consentirmi l'affermazione che, oltre ai relativamente frequenti pseudo-paradossi, causati indubbiamente da errori tecnici, possono darsi casi di veri e propri fenomeni paradossi, nei quali il resultato attendibile è quello positivo. A corroborare questa asserzione, aggiungerò che, secondo la mia esperienza, i sieri di persone sane, purchè siano conservati al buio in ghiacciaia, purchè non siano maltrattati (sbattimento, lunga esposizione a temperatura ambiente più o meno alta, etc.), e *fino a che restino sterili,* dànno costantemente resultati negativi, anche se riesaminati dopo una settimana e più.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI MAGGIORE E UGOLANI DATI DI CREMONA.
SEZIONE CHIRURGICA UOMINI
diretta dal comm. prof. T. BUSACHI.

Contributo allo studio della frattura del rene

pel dott. G. TROGU, chirurgo aggiunto.

Le lesioni traumatiche renali per quanto numerose e comuni in letteratura presentano spesso singolare interesse e meritano particolare illustrazione clinica per i dati semeiologici, diagnostici, prognostici e di cura. Mi da occasione venire in argomento un caso clinico di mia diretta osservazione e cura avuto in sezione nel 1921.

Si tratta di certo De Stefani Arnaldo di anni 12 garzone di stalla di Grumello Cremonese. Nulla di notevole nell'anamnesi individuale, nulla di interessante nel ramo diretto e nel collaterale.

I familiari affermano che il giorno 10 agosto 1921 il ragazzo, eludendo la sorveglianza, si introducesse nella stalla equina ed appressatosi ad un polledro, questi gli desse un calcio all'addome rovesciandolo privo di sensi. Riavutosi dopo un'ora dal colpo fulmineo incominciò a lamentare vivi dolori all'addome, ebbe vomiti sudori profusi, qualche singhiozzo. La mattina del giorno 12 agosto venne condotto alla sezione chirurgica dell'ospedale di Cremona. Lo visitai appena arrivato: polso frequente 110, piccolo, respiro con angoscia, temperatura 37,4. Obbiettivamente si rileva stato di difesa addominali da non permetterne l'esame diretto. La palpazione riesce dolorosissima in tutti i quadranti addominali. Meteorismo intestinale, riflessi marcati, timpanismo anche nelle parti più declivi, non cenno di ecchimosi di localizzazione della patita lesione.

Il piccolo paziente da due giorni non ingerisce che poca acqua e si contorce per gli spasimi dolorosi.

Nonostante mi venga inviato in sezione con diagnosi di probabile peritonite da perforazione intestinale non trovo gli estremi per la conferma diagnostica. La vescica è piena: la vuoto con una piccola nelaton. L'urina appare con leggerissima soffusione emoblobinica; l'esame del sedimento dimostra la presenza di scarsi globuli rossi.

Data la insufficienza di dati classici comprovanti la lesione intestinale ritengo prudente l'astensione da ogni qualsiasi intervento in vigile attesa. Intanto il paziente incomincia a presentare nella prima giornata di degenza qualche tregua al dolore, durante la quale posso maggiormente escludere l'esistenza di versamenti nelle parti declivi addominali.

L'esame rettale conferma l'esclusione di versamenti nel piccolo bacino. Il giorno dopo la febbre mattutina si mantiene in 37,4 e la sera sale a 38,1. Il paziente emette un po' di urina la mattina non certo ematurica, finchè nel pomeriggio emette urine schiettamente san-

guigne. Con la comparsa delle urine sanguigne noto che il piccolo paziente localizza maggiormente il dolore spontaneo e palpatorio alla regione renale sinistra, nonostante alcun segno di contusione si noti nella cute della regione.

Data l'età del paziente e non disponendo allora di mezzi adeguati per accertare il trauma del rene sinistro e avendo la persuasione che il peritoneo non fosse cointeressato nel trauma mi decido di intervenire operativamente per esplorare il rene sinistro su cui cadeva ogni mio sospetto.

La mattina del 15 agosto 1921 in narcosi eterea con taglio alla Bergmann apro la regione renale sinistra: ritrovo la loggia renale infarcita da grumi sanguigni e il rene diviso letteralmente in due porzioni. Con ogni cura liberati i due pezzi del rene dall'ambiente cruoso, constato che il polo inferiore è aderente alla pervi infarcita da sangue coagulato; il resto del rene è aderente ai vasi renali. Non essendo possibile alcun tentativo di sutura, decido senz'altro l'esportazione dei due pezzi del rene. Con tecnica solita asporto il tutto, faccio accurata toilette della loggia e chiudo lasciando un drenaggio di gomma. Dopo 19 giorni il paziente esce dalla sezione guarito per prima intenzione.

Il caso clinico riferito merita anzitutto alcune considerazioni di natura diagnostica. I traumi addominali traggonno spesse volte in errore se con ponderatezza non si vagliano tutti i disturbi e tutti i sintomi presentati. Comunemente non è possibile fare serio assegnamento su quanto ci viene riferito anamnesticamente. I pazienti in genere non riescono o non possono darci precise informazioni come avvenne il caso, nè i parenti possono illuminarci se non vagamente sull'accaduto. L'esame obbiettivo deve in questi casi accidentali esserci prima guida perchè il nostro giudizio non resti deviato dalle tante concause riferite che nulla hanno a che fare su quanto rileviamo nei pazienti.

Se noi ci fossimo lasciati guidare dalle informazioni avute, che cioè il ragazzo fosse stato colpito in pieno addome, che avesse avuto vomiti, singhiozzo, chock, depressione, ecc., avremo senz'altro d'urgenza laparotomizzato il piccolo paziente. L'esame accurato di esso invece ci consigliò ponderata e vigile attesa, poichè nessun sintomo di lesione intestinale si presentò alla nostra osservazione. Dapprima restammo in forse quando notammo nelle urine presenza di scarsi globuli rossi, ma quando le urine divennero schiettamente ematuriche e il paziente localizzò quasi spiccata dolorabilità alla regione renale sinistra, la nostra persuasione ci portò ad attuare l'intervento alla regione renale.

Il caso, più che a queste considerazioni cliniche mi porta allo studio del come e perchè sia avvenuta questa completa divisione traumatica del rene.

Ho voluto ripetere sperimentalmente sui cadaveri con marcàta violenza traumi contundenti sulle regioni renali per vedere se i caratteri di frattura renale si ripetessero o si avvicinassero ai tipi speciali osservati in clinica. A cadaveri denutriti ho violentemente dato più colpi alle regioni renali prendendo di mira anche le ultime costole ed ho riscontrato lesioni minime renali e mai lesioni che cointeressassero il parenchima renale. Ho ripetuto tutte le prove del Küster per accertarmi sull'effetto di scoppio per pressione idraulica. Visto che ogni qualsiasi contusione violenta sulla regione renale non riproduceva la frattura del rene ho istituito due serie di esperimenti. Nella prima serie provai ad iniettare forzatamente la vena e l'arteria renali in sito per via lombare e dopo sutura portai sulla regione violenti contusioni.

Nella seconda serie iniettai dall'uretere verso il rene fino a cmc. 120 di liquido colorato e allacciato l'uretere, dopo sutura della loggia renale ripetei le contusioni sulla regione renale del cadavere. Tanto nei primi casi come negli altri, pur mettendo il cadavere in tutte le posizioni non riuscii a riprodurre i tipi di frattura renale osservati clinicamente.

Un rene esportato con moncone ureterale e iniettato forzatamente dalle vene e arterie renali, se con violenza lo si scaraventa su un pavimento o parete solida, difficilmente si riesce a riprodurre in esso se non superficiali lesioni di fratture sinuose e più che altro, spappolamento del parenchima. Al contrario se si inietta, previa allacciatura dei vasi, forte quantità di liquido dall'uretere fino a determinare una ipertensione della pelvi e si ripete la prova scaraventando il rene su una parete solida con molta violenza, si ritroverà che spesse volte il rene può presentare diverse linee di frattura profonde cointeressanti tutto il parenchima renale e talvolta spezzettarsi in due parti di cui il polo inferiore legato alla pelvi renale e il pezzo superiore restare adeso ai vasi renali con molta rassomiglianza a ciò che si osserva clinicamente. Queste prove sperimentali, già dal Küster eseguite e da me ripetute con qualche variante, non riescono a riprodurre perfettamente quel che osserviamo, per quanto raramente, in clinica. E ciò perchè l'esperimento fatto sul cadavere o sul rene asportato è ben diverso da quello che può avvenire sul vivente, sia per lo stato di tensione o di sorpresa in cui può trovarsi la parete addominale, sia per la speciale posizione in cui possono essersi trovati gli individui colpiti

accidentalmente dal trauma. Le prove sperimentali pertanto mi fanno concludere:

1. Perchè possa avverarsi una frattura profonda renale, l'individuo deve trovarsi in istato di sorpresa della parete addominale, perchè nel caso contrario è più facile la lacerazione della parete addominale che la frattura renale.

2. Ammessa la sorpresa addominale e la posizione più agevole del paziente a ricevere il trauma, è necessario perchè si avveri la frattura renale, che il rene in quel momento sia in istato di ipertensione non solo nella pelvi ma anche nei bacinetti, quando cioè l'individuo ha la vescica piena, la cui tensione si fa risentire in tutto il circolo urinoso renale.

3. Le contusioni violenti sulla regione renale, sempre che vi sia la sorpresa della parete addominale, possono determinare contusioni superficiali al rene, anche vero spappolamento renale, quando il rene si trovi in condizioni di stasi circolatoria, ma non mai fratture profonde tipiche del rene.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE B. RAMAZZINI - MODENA
diretto dal prof. TARABINI.

Nuovo segno della predisposizione alle malattie subacute del torace e conseguenti applicazioni pratiche

per il dott. DEL-RIO DARIO, assistente.

Come è noto le malattie non possono colpire un organismo, se questo non offre loro un terreno che sia favorevole all'attecchimento di esse. Perchè ciò si verifichi deve avvenire, a quanto afferma Murri, un'azione combinata, vale a dire deve unirsi all'azione dei microrganismi quella della predisposizione del terreno.

Fu infatti fino dai tempi più antichi osservato che, mentre taluni individui subivano la azione di determinate malattie, altri che pure vivevano nelle identiche condizioni di quelli, ne restavano immuni.

Si comprese fino d'allora che «la malattia è sempre in ogni caso una evenienza direttamente proporzionale alla influenza morbigena ed inversamente proporzionale alla resistenza dell'organismo», fatto che Martius e Gottstein sintetizzano nella nota formola $K=\frac{P}{C}$ ove K = malattia, P = influenza del germe, C = resistenza dell'organismo.

In un organismo si parla di diminuzione relativa od assoluta delle forze di difesa ogni qualvolta in taluna delle sue parti o nel suo complesso vengano ostacolati gli atti fondamentali della vita o alterate le funzioni.

Tanto dai sostenitori della teoria morfologica come da chi attribuisce l'invasione dei morbi all'esaltato potere dei microrganismi sono registrate delle *malformazioni scheletriche del torace*, costituzionali od acquisite, le quali alterando il funzionamento attivo delle pareti e secondariamente il passivo dei visceri respiratori convengono a disporre questa importante sezione del corpo all'offesa di speciali malattie; e per quanto abbia avuto diffusione nello studio specialmente della tubercolosi polmonare la dottrina contagionistica, si è però sempre dato valore nella patogenesi anche alla *predisposizione anatomica.*

Leschke, Hansemann, Hart, Marfan, Concato, Guerrin, Fici ed altri affermano in base alle loro osservazioni cliniche che è sufficiente la *deformazione toracica* senza altro sussidio patogenetico a creare predisposizione alla tubercolosi polmonare.

Marie, Clement, Resonçon, Manuel pure ammettono la predisposizione morfologica, ma soltanto qualora la deformazione toracica sia di tale entità da interessare tutto un organo e creare ipoematosi.

Luciani, Albertoni, Donders, Elner, Tendelao, Harras pure sono tutti di avviso che il vizio anatomico crei predisposizione alle malattie toraciche.

Signorelli afferma che per avere la predisposizione recettiva si debba aggiungere alla deformazione toracica una condizione di simpaticotonia cefalo toracica data da iposurrenalismo e ipotiroidismo.

Pende confermò tale affermazione avendo osservato che soldati con abito ipotiroideo surrenale andavano facilmente soggetti all'infezione tubercolare.

Il Bardel abbina alla lesione anatomica toracica una costituzione linfatica. Il Poltaut una timo linfatica.

Gli studiosi di antropometria e morfologia clinica hanno preso in considerazione il problema della predisposizione anatomica ed hanno dato valore predisponente per le malattie toraciche in genere ed in particolar modo per la più grave: la tubercolosi, a determinate architetture costituzionali di organismi col nome comprensivo di *habitus*.

L'habitus venne dedotto da certe particolarità di costituzione riconoscibili dall'esame e-

sterno e a seconda delle caratteristiche morfologiche viene diviso dalla Scuola De Giovanni in due gruppi atipici:

1) *Habitus brachilineo* (terza combinazione morfologica di De Giovanni, costituzione megalosplancnica di Viola). Di questo habitus brachilineo non mi occuperò perchè è proprio della diatesi apoplettica; descriverò invece quello longilineo, che come insegna De Giovanni e la sua Scuola è quello che si riscontra con speciale frequenza nelle malattie polmonari ed in fattispecie nella tubercolosi.

2) *Habitus longilineo* (prima combinazione morfologica di De Giovanni, costituzione microsplancnica di Viola) è caratterizzato da denutrizione, corporatura esile, stretta e lunga, arti lunghi eccedenti sul tronco anch'esso lungo e saggittalmente schiacciato. Torace eccedente sull'addome e massa organica ridotta. Sistema nervoso eccitabile ed esauribile facilmente.

Si ha in tale habitus longilineo (Viola, Fici) squilibrio di rapporti fra il polmone di grande massa ed il cuore insufficiente per tale massa, cui consegue scarsa irrorazione sanguigna degli organi toracici e specie degli apici polmonari. Si trovano quindi gli organi toracici in condizione di pauperismo organico.

L'esperienza della guerra e le statistiche dei tubercolotici bellici ha confermato il valore della *predisposizione anatomica* alle malattie toraciche (Fici, *Tubercolosi*, 1920, n. 7).

Il prof. Tarabini, dirigente il Tubercolosario di Modena, nel quale io presto servizio come assistente, nella sua pratica tanto ospedaliera che privata, ebbe campo, specie durante e dopo il periodo bellico, di esaminare moltissimi ammalati di forme subacute del torace (neuroradicolite toracica e lombare, pleurite e specialmente tubercolosi polmonare) di ogni età e condizione e di constatare che nei più di questi ammalati che si presentavano alla sua visita esisteva una asimmetria scheletrica negli arti inferiori, consistente nell'essere *un arto più lungo dell'altro*.

Continuando nelle sue osservazioni ed usando metodi fissi, di cui farò cenno, gli ricorse di vedere più spesso che l'arto sinistro predominava in lunghezza sul destro e che salvo casi di eccezione la lesione toracica era *omolaterale all'arto più lungo*.

Il prof. Tarabini mi comunicò da oltre un anno quanto da tempo aveva scoperto, invitandomi a controllare i fatti da lui osservati, e mise a mia disposizione, perchè la ordinassi, una raccolta di 372 casi.

Il risultato dei calcoli fatti su questa casistica è sinteticamente il seguente:

Degli infermi elencati il 97 % = 361 presenta disparità in lunghezza degli arti inferiori: il 66 % = 237 presenta più lungo l'arto inferiore sinistro: nell'80 % = 288 la lesione toracica è omolaterale all'arto più lungo.

Seguendo il suo esempio, mi accinsi a fare osservazioni personali e a tenerne calcolo, seguendo i suoi metodi clinici e servendomi anche della doppia croce ipsogonometrica Tarabini-Del Rio, un apparecchio che facemmo costruire appositamente e che descriverò a suo tempo.

Intanto ecco i diversi esami metodici da noi usati per le ricerche del caso:

1) Fissati due punti omologhi nelle creste iliache o meglio nei trocanteri, messo il paziente nella posizione dell'attenti si constata il dislivello dei due punti e si verifica se la lesione toracica è omolaterale al punto più alto. Se ciò avviene si dirà che il segno semiologico è *positivo*, se al contrario *negativo*.

2) Messo in decubito dorsale l'individuo da esaminare e fissati gli arti inferiori sulla perpendicolare alla linea intersecante i due punti omologhi delle creste iliache o dei trocanteri, si osserva quale dei due malleoli o calcagni sopravanzi sull'altro. In questa ricerca si può avere sussidio nella croce di Volkmann.

3) Si misurino col nastro metrico gli arti od i vari segmenti e si avrà pure per risultato la conoscenza dell'arto più lungo.

4) Altri metodi soggettivi, utilizzabili a seconda dell'intelligenza del paziente sono i seguenti:

Messo in posizione di attenti l'individuo in esame chiedergli su quale dei due piedi si senta più appoggiato. Egli risponderà che si sente più appoggiato sul piede che corrisponde all'arto più lungo; così pure dopo aver fatto flettere ed estendere più volte le ginocchia all'ammalato, questi risponderà, qualora ne sia richiesto, che sente più stanco l'arto più lungo. Può servire ancora la sensazione di benessere che avverte il marciatore qualora nelle strade a schiena di mulo, cammini dal lato ove gli corrisponda allo esterno l'arto più lungo.

* * *

I casi da me osservati e raccolti nel corso di quest'anno sono in numero di 123; per motivi di spazio ne porterò soltanto uno schema:

Ammalati subacuti toracici N. 123.

	Maschi	Femmine	Totale
Ammalati con lesione toracica positiva, cioè corrispondente all'arto più lungo	59	53	112
Ammalati con lesione toracica negativa cioè non corrispondente all'arto più lungo . .	7	4	11
Totale ammalati con arti dispari per lunghezza	66	57	123

Dividendo per malattie gli ammalati osservati

	Tubercolosi sinis.	destri	Non tuberc. sinis.	destri	Totale
Maschi positivi	20	14	16	9	59
Maschi negativi	1	4	—	2	7
Femm. positive	16	6	18	13	53
Femm. negative	1	1	—	2	4
Totale	38	25	34	26	123

Da quanto sopra ho riportato se ne possono ricavare le conclusioni seguenti:

1) Tanto nei maschi che nelle femmine è facile riscontrare diversa lunghezza degli arti inferiori (100 su %=123).

2) È più frequente che l'arto sinistro inferiore sia più lungo del destro (61 % arto sinistro; 39 % arto destro).

3) All'arto più lungo corrisponde a guisa di legge la lesione del torace (91 su %).

Del 2° e 3° enunciato si ricava come risultante che le forme toraciche subacute sono più frequenti nell'emitorace sinistro che nel destro. Tale affermazione conferma anche un lavoro del Sartori (*Sulla frequenza dell'apicite sinistra sulla destra.* Tubercolosi, 1920, n. 12).

Col fatto messo in luce dal prof. Tarabini (Tubercolosi, 1923, n. 3) e da me confermato ed illustrato più ampiamente emerge con evidenza che l'alterazione secondaria alla irregolarità scheletrica debba creare meiopragia in un lato della gabbia toracica con danno dei visceri in essa contenuti.

Difatti: 1) per ragioni di equilibrio statico la colonna vertebrale forma dal lato dell'arto più lungo una concavità più o meno marcata in seguito alla quale l'emitorace in essa compresa diventa più corto e meno capace (doppia croce ipsogonometrica), gli arti costali vengono avvicinati di più e quindi gli spazi intercostali, come è facile osservare anche colla semplice ispezione si espandono meno con conseguente diminuita ventilazione.

2) I fori intravertebrali vengono, per l'avvicinamento delle vertebre dal lato della concavità, più ristretti e i nervi che ne escono compressi e lesionati reagiscono al fatto meccanico con dolore (neuroradicolite).

Questo enunciato viene confermato dalla radiografia quì riprodotta di un ammalato già tubercoloso polmonare destro sospetto di lesione specifica ossea alla colonna vertebrale ed invece affetto solo da neuroradicolite destra tra la II e IV vertebra lombare.



Misurati i due arti inferiori dell'ammalato in parola, ne risultò che l'arto destro era di due centimetri più lungo del sinistro. In detta radiografia è evidente la curva a concavità destra con i corpi vertebrali più avvicinati dal medesimo lato.

Tanti altri casi potrebbero venire illustrati qualora si ricorresse sempre alla radiografia.

Dimostrata come avvenga la neuroradicolite, che si può considerare la sentinella avanzata delle lesioni subacute toraciche, con facilità si può dedurne come gli organi toracici che ricevono dal lato della convessità nervi anatomicamente depauperati si debbano trovare in istato funzionalmente inferiore del normale tanto da creare un terreno favorevole per la localizzazione dei germi.

Dopo quanto ho detto circa la predisposizione anatomica alle malattie toraciche e con particolare riguardo alla più grave la tubercolosi polmonare, giudico assai importante in special

modo ora che con la fondazione di tubercolosari e dispensari per ammalati o predisposti alla tubercolosi si cerca in ogni modo di diminuire se non eliminare i danni sociali portati dal terribile morbo il *segno semiologico di predisposizione del prof. Tarabini* per le applicazioni pratiche che se ne possono ritrarre circa la cura ed in special modo la profilassi di detta malattia.

Abbiamo già potuto conseguire miglioramenti e guarigioni stabili in seguito ai nostri ripetuti tentativi di correzione della concavità della colonna vertebrale, in casi anche inveterati di neuroradicoliti. Il metodo al quale ci siamo fermati, perchè risultò il più semplice, è quello dell'applicazione di una conveniente suola più alta alla scarpa corrispondente all'arto più corto.

La diffusione di questo semplicissimo metodo ortopedico ed il tempo potranno dire fino a che punto si possa sperare in ispecial modo in riguardo alla profilassi.

Così non chiedendo questo esame e questa cura nessuna difficoltà e spesa speciale sarà opportuno, data l'importanza del mezzo profilattico, istituire visite obbligatorie ai bimbi e in speciale riguardo a quelli con precedenti famigliari e susseguirle con la pure obbligatoria correzione della deviazione scheletrica.

Concludo persuaso di avere contribuito a portare a conoscenza degli studiosi e dei pratici un importante fatto semiologico della predisposizione alle malattie toraciche a tipo torpido e un nuovo e semplice mezzo di profilassi e di terapeutica delle malattie polmonari fra le quali la più grave quella della tubercolosi.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Esiste in Italia la dissenteria amebica?

Dott. FILIPPO FRANCHINI
Medico Primario e libero docente.

Al Prof. ODDO CASAGRANDI.

Il prof. Oddo Casagrandi nell'adunanza della Società medica-chirurgica di Padova tenuta il 27 aprile 1923 ha affermato che « questa Dissenteria amebica nostrana o Amebiasi nostrana, endemica non esiste..... ». Io che abito e pratico la medicina in provincia di Bologna e che ho detto a Colleghi di qui tante volte il contrario, non posso lasciare senza commento queste parole. Non intendo affermare più di quello che ho visto più volte io stesso nelle campagne del Bolognese e del Ferrarese e nell'Ospedale Maggiore di Bologna; e quello che ho visto sta nei termini seguenti.

In alcuni comuni del Bolognese (Molinella, Medicina) e del Ferrarese (Argenta, frazione di Codifiume) serpeggia nei mesi di estate-autunno in forma di piccoli nuclei o di casi isolati una malattia così, a grandi tratti, caratterizzata. Principio repentino: febbre modica o modicissima: di rado manca e di rado è molto alta e dura solo per i primi 2-3 giorni. Diarrea con 10-20-50-60 scariche nelle 24 ore, muco-sanguigne, scarsissime di materiale, quasi senza feci vere e proprie e tenesmo. Nelle feci fresche dei malati non ancora curati si trovano in gran numero amebe. Esse hanno ectoplasma ed endoplasma nettamente distinti fra loro. L'ectoplasma è abbondante, omogeneo, di trasparenza leggermente ed uniformemente opaca: l'endoplasma è pieno di granuli e di frammenti che paiono detrito e contiene spesso globuli rossi in numero vario. Il nucleo è frequente che non si veda. Le amebe sono mobili. Il movimento si compie così. Dapprima l'ectoplasma butta fuori in modo rapido una protuberanza circoscritta a larga base e ad estremità arrotondata; oppure, talvolta, si fa in fuori, si direbbe che scappa fuori, dal corpo cellulare per un più largo tratto quasi come un fiotto e con movimento ondulante. La detta protuberanza si allunga, ma non moltissimo: in generale non supera la lunghezza del diametro del corpo amebico. In primo tempo è formata di solo ectoplasma: uniforme, un po' opaca, come perlacea. Più tardi si vede, spesso, irrompere dentro la protuberanza, l'endoplasma con ciò che contiene: e così il prolungamento si allarga e finisce come col diventare il nuovo corpo dell'ameba. Questo

tende ad arrotondarsi; e poi, talora subito dopo il primo prolungamento, ne spunta un altro da qualsiasi altra parte del contorno dell'ameba e si ripete quello che ho detto or ora. Talora invece il prolungamento per tutto il tempo che dura l'osservazione non si riempie di endoplasma. Questo ciclo di trasformazioni si può vedere svolgersi in 1/2 minuto-1 minuto. Tale aspetto, che è regola di osservare in feci fresche di malati non ancora curati, lo si può avere anche dopo le primissime iniezioni di emetina ed eccezionalmente anche dopo cura più intensa. Di questi ultimi casi io ne ho visto uno; ed era di un bimbo di 17 mesi che morì. I malati curati con iniezioni sottocutanee di cloridrato di emetina (gr. 0.80-1.00 in tutto) già dopo 1 o 2 iniezioni di 4-5 centigrammi l'una non hanno quasi più tenesmo ed hanno spesso già modificato l'aspetto delle scariche: il sangue scema rapidamente: compare materia fecale vera e propria insieme col muco: dapprima poltacea e poi solida e poi anche il muco sparisce del tutto o quasi del tutto: un po' di muco può rimanere. Dopo pochissime iniezioni le amebe diminuiscono rapidamente di numero: perdono quasi subito il movimento e cambiano assai notevolmente di aspetto; e chi le guarda in questo momento le trova: tonde, ovali od ellittiche senza distinzione di ectoplasma ed endoplasma, granulose, ancora con globuli rossi talora anche numerosi; si direbbero formate di solo endoplasma. È difficile vedervi movimenti: però certi prolungamenti che si possono scorgere in alcuna di esse, stanno con ogni probabilità ad indicare che qualche movimento c'è ancora. Altri esemplari si presentano vescicolosi, perfettamente tondi, con poco protoplasma granuloso addossato ad un tratto del contorno e per il resto trasparenti, come se fossero vuoti. Talora di questi corpi ultimamente descritti se ne vedono due attaccati insieme proprio come due bolle di sapone. Queste amebe così trasformate si possono trovare, oltre che in malati curati con emetina, anche in malati curati con gli antidiarroici comuni o abbandonati a se stessi senza cura o con cura mal diretta. Malati che rimangono più o meno diarroici e si trascinano malandati in salute, talora in condizioni di gravità estrema. Di tali malati ne ho curato anch'io due (che ricordi nettamente) con esito di vera resurrezione. Per credere alle quali resurrezioni bisogna averne viste: sia pure una sola: ma, almeno una, bisogna averla vista: chè dopo non si dimentica più: ma, vederle, nei gabinetti non si può. Di tali malati alcuni certo sono morti prima che la dissenteria amebica fosse nota nella nostra Provincia e la cura, applicata. Queste morti tornano oggi spontaneamente alla memoria dei più intelligenti fra i colleghi di questi miei paesi i quali a suo tempo mal si spiegavano quelle sindromi morbose dominate dalla diarrea in soggetti pallidi, senza tare nè localizzazioni tubercolari rilevabii, i quali, dopo essere sempre più dimagriti e dopo aver talvolta fatto cure vacciniche antitubercolari (qualcheduno fu mandato anche per il pneumotorace) finivano la vita per lo più con la diagnosi di tubercolosi intestinale. Il guaio è che, anche in questa mia Provincia, è tutt'altro che escluso che morti simili a queste non continuino ad accadere. Ma torniamo a noi. I malati acuti curati subito con l'emetina possono guarire stabilmente: nessuno dei malati curati da me o secondo i miei suggerimenti ha avuto complicazioni dal 1919 a questa parte. Uno ammalò pochi mesi dopo, di ittero lieve. Il diligente collega Andalò di Medicina ha osservato in questi ultimi 2 anni, oltre una ventina di persone in Medicina ammalare con febbre e cospicua tumefazione del fegato sì da arrivare fino all'ombelico: persone state diarroiche 5-6 mesi prima, o diarroiche anche allora: non curate con emetina o non presentatesi mai al medico. Tumefazione del fegato e febbre sparivano in pochi giorni con un grammo di cloridrato di emetina iniettato sotto la pelle. Di queste persone alcune ne ho viste anch'io in Medicina a guarigione compiuta. Avevano il fegato un po' più grande del normale, un po' duro, regolare. Il detto collega Andalò ricorda nettamente alcuni ascessi del fegato occorsi, anch'essi, in questi ultimi anni. Uno di questi casi fu operato più volte: l'ultima volta dall'Avoni il quale lo ha anche pubblicato (1). Nel pus di questo ascesso mandatomi dall'Avoni per l'esame parassitologico io vidi amebe: il malato guarì dopo una cura di emetina associata, per effetto della quale si modificarono in modo « rapidissimo, sorprendente », dice l'Avoni, « l'aspetto e la secrezione della ferita operatoria ». Dopo due anni di salute perfetta, ammalò e morì di tisi; probabilmente contagiata da un fratello con cui viveva. Questo malato è bensì nato nel Brasile dove la dissenteria amebica è malattia dominante, ma non vi aveva vissuto oltre il 4° anno d'età; e perciò, quando ammalò in Medicina (volendo pur far risalire il principio della malattia alle prime febbri che insorsero all'età di 15 anni) dimorava in Medicina da 11 anni ed era sempre stato bene. Quivi adunque, con

(1) *Sul trattamento dell'ascesso epatico da ameba.* Rivista di Chirurgia, anno II, fasc. 1°, gennaio-febbraio 1923.

ogni probabilità, contrasse la malattia e non al Brasile. Lo stesso dott. Andalò mi fece vedere, nell'ottobre 1922, un giovane stato diarroico nell'estate e non curato. Aveva da pochi giorni la febbre: sorta improvvisamente o quasi: prima remittente, poi intermittente, altissima, con dolore violento al costato destro e all'epigastrio; con segni di lieve pleurite destra e fegato dolentissimo che si palpava fino all'ombelico regolare e tondo come una cupola schiacciata. Dopo una o due (non ricordo bene) iniezioni di cloridrato di emetina, cioè dopo cinque o dieci centigrammi, già iniettati quando io arrivai, la febbre era sparita sì che io e l'Avoni, chiamato, quest'ultimo, per operare il malato, consigliammo di attendere. La febbre non riapparve più e il fegato tornò in pochi giorni nei limiti normali solo restando un noduletto di periepatite grande come una avellana all'epigastrio.

Malati come questi della provincia di Bologna (salvo la complicazione epatica) ho curato provenienti dal Ferrarese e dal Ravennate: curati e guariti con l'emetina, associata talvolta, nei casi cronici, per lo più mal curati, col neosalvarsan. Pochi giorni fa ho dimesso dall'Ospedale Maggiore di Bologna un ex ufficiale che ammalò di diarrea a Taranto nel 1916 e che da sette anni peregrinava di celebrità in celebrità portandosi sempre in giro la sua diarrea, sempre più stremato di forze e di fiducia. Egli non era mai uscito d'Italia. Dopo un grammo di emetina, cioè dopo 8 giorni di cura, aveva una scarica al giorno, quasi solida: ed uscì non credendo ai suoi occhi: per quanto io avessi voluto che rimanesse ancora. La dieta ch'egli tenne fu la 2ª dell'Ospedale; cioè mista, con carne, pane e verdura. Questo malato, in cui il 1° esame di feci fu negativo, mostrò al 2° esame un semenzaio di amebe con tutti i più tipici caratteri attribuiti alle amebe patogene i quali ho dianzi descritto. È superfluo che aggiunga che nessuno aveva mai fatto l'esame delle feci. Tutti i malati io li curai solo coll'emetina: in pochi casi cronici, mal curati e deperiti molto, associai il neosalvarsan. La dieta tenuta fu di regola la 2ª del nostro Ospedale anche in casi di diarrea intensa: infine aggiungerò che fuori dell'Ospedale, talvolta i malati non vollero neppure stare in letto durante la cura.

***

Orbene: questa malattia è o non è dissenteria amebica? Eh via! non ci può essere nessun dubbio. Per non convenirne bisognerebbe distruggere *tutti i fatti* dianzi riferiti. Io non ho più cercato, dopo i primi casi del 1919, pubblicati nel 1921, i bacilli dissenterici nelle feci e mi sono appagato del reperto delle amebe: non ho mai esperimentato sui gattini, non mi sono mai accanito a cercar le cisti nè mi sono mai preoccupato di vedere se in tutti i casi le amebe trovate avevano tutti, proprio tutti, i caratteri precisi, identici a quelli attribuiti alle amebe patogene. A che pro? Il complesso dei fatti clinici, parassitologici e terapeutici non basta a far la diagnosi? L'eccessivo sminuzzare l'indagine nell'uno o nell'altro dei detti campi non può, per avventura, pregiudicare la comprensione del tutto? Se anche qualche differenza di dettaglio fra le amebe che io vado osservando e quelle descritte come tipiche, ci fosse, chi si prenderebbe la responsabilità di dire che casi simili non sono di dissenteria amebica, solo per quella qualche differenza? Con un complesso di fatti così costanti, c'è proprio bisogno di cercare altre conferme per la diagnosi massacrando l'intestino retto di giovani gatti o misurando col micrometro le cisti per vedere se proprio sono tanti micromillimetri di diametro e non uno di più o di meno?

Secondo il prof. Casagrandi «*non è possibile stabilire quale sia l'agente che per primo determina le lesioni nel crasso o nel fegato; è solo possibile stabilire esattamente l'intervento postumo delle amebe in lesioni già esistenti. Le amebe stesse sono state vedute da alcuni amebiologi nello spessore di tessuti apparentemente sani, sempre con batteri*». Io non vedo perchè questi apprezzamenti (che altri ha già fatto) il prof. Casagrandi li faccia solo per la dissenteria amebica nostrana e non per la dissenteria amebica in generale. Lasciamo stare la difficoltà insormontabile, o quasi, di cogliere il primo momento d'azione di un germe qualsiasi sui tessuti dell'organismo: mettiamo da parte il fatto affermato dai più e per parte mia trovato esatto che cioè di regola le amebe patogene non si accompagnano, o quasi, a batteri e l'altro pur esso concordemente verificato che cioè il pus degli ascessi epatici amebici è sterile di batteri; lasciamo adunque da parte tutto questo e supponiamo anche che la causa prima della dissenteria amebica non siano le amebe. Ma finchè si vedrà che col guarire della dissenteria le amebe scompaiono rapidamente dalle feci, e che con la sola cura emetinica scompaiono in pochi giorni certe enormi tumefazioni del fegato che si vedono comparire in persone e luoghi colpiti dalla dissenteria; fegati nei quali, quando ci si può guardare dentro, non si trovano che amebe; finchè si vedrà questo, come si vede difatti concorde-

mente in tutte le parti del mondo da tutti quelli che sanno guardar bene, come non ammettere un legame, e strettissimo, fra le amebe e le alterazioni anatomiche? Ha perfettamente ragione Abrami di dire che la questione della specificità o nò delle amebe «ha una importanza pratica minima». Tutto si svolge come se l'ameba fosse realmente la causa specifica della dissenteria amebica: la malattia in cui si trova l'ameba dissenterica ha quadro clinico, alterazioni anatomiche, complicazioni e cure speciali.

È ben concepibile che sopra una mucosa intestinale infiammata o sopra una piaga cutanea granulante attecchiscano le amebe, come ha visto il Casagrandi «*senza che a queste si possano attribuire le cause della lesione*». Ma questa è tutt'altra cosa. La questione è, invece, quest'altra. Quando un'ulcera intestinale su cui la natura ha seminato delle amebe guarisce con lo sparire di queste di sopra essa, come non concludere che è cagionata dalle amebe?

Dice il prof. Casagrandi che «*le ragioni per le quali questo attecchimento* (cioè nel retto di animali) *avviene, sono insite nella presenza, nelle feci stesse, di un materiale capace di determinare la infiammazione del crasso, indipendentemente dalle amebe. Uccidendo queste ultime, la lesione nei gatti si produce nello stesso modo*». Ora qui bisogna notare che questa non è punto l'opinione di tutti; e che, ad ogni modo, può essere che, uccidendo le amebe, non si uccidano le cisti; che da queste nascano amebe e che a queste si debba la dissenteria e non al «materiale capace di determinare la infiammazione del crasso indipendentemente dalle amebe». Bisogna anche vedere se l'enterite che si cagiona nei gatti inoculando loro nel retto feci dissenteriche dopo uccise le amebe, ha le caratteristiche anatomiche di quella da amebe: caratteristiche le quali, per quanto siano state, a mio parere, forse eccessivamente schematizzate da molti autori, sono certamente reali.

Può essere benissimo, come dice il Casagrandi, che le classificazioni delle amebe abbiano portato più confusione che chiarezza e così pure gli esperimenti fatti sugli animali e sugli uomini. Questo è dipeso precisamente dall'essersi troppo distratti dalla osservazione dell'uomo malato e dall'avere voluto cercare altrove quelle spiegazioni e conferme che dovevano prima di tutto cercarsi nella osservazione clinica. Bene fecero però Councilmann e Lafleur a chiamare fin dal 1891 l'ameba da loro trovata nei loro dissenterici con la semplice ed obbiettiva qualifica di «*dissenterica*», e altrettanto bene fecero Doflein ed Hartmann a ribattezzarla con lo stesso nome oltre 20 anni dopo: 20 anni di sminuzzamento di ricerche e di moltiplicazione di specie. La quale moltiplicazione, si noti bene, non è stata l'effetto di un proposito deliberato di confonder le cose, ma è dipesa da questo: che diversi e tutti competenti medici di varie parti del mondo hanno visto che le amebe che cagionavano la dissenteria in quei luoghi erano realmente diverse per qualche dettaglio da altre descritte altrove *e pur cagionanti altrove la stessa malattia, guaribile con la stessa cura*. L'errore è di aver dato (e di continuare a dare) a questi dettagli troppo gran peso: quando invece, si dovrebbe considerare l'estrema, imprevedibile variabilità e adattabilità delle amebe ai diversi ambienti. Per fortuna, quello che in tale confusione ha tenuto duro è l'edifizio clinico come cosa naturale e non artificiale ch'esso è.

Che l'emetina abbia azione amebicida è anch'esso un fatto che trova in tutti i casi, o quasi, una conferma così palese che non se ne può dubitare. Ma anche qui, questo effetto, bisogna averlo veduto ed essersene persuasi *nel malato*. Le amebe scompaiono con la cura dell'emetina non associata ad altre: spesso senza neppur restringere la dieta: talora senza che i malati si assoggettino neppure a stare in letto. La dimostrazione è qui e non la si deve cercare altrove. Ci sono casi che guariscono senza emetina, ma con altri rimedi? Facciamo intanto le più prudenti riserve su queste guarigioni: ma, anche ammettendo che siano stabili, che cosa dimostrano esse? Che le amebe possono talvolta essere uccise da altri rimedi. E chi non lo sa? Chi non conosce l'estrema vulnerabilità delle amebe allo stadio vegetativo? L'emetina si adopera come amebicida specifico perchè è quello che uccide le amebe che infestano l'uomo malato, più presto, in maggior numero e con maggior sicurezza di ogni altro, in dose non pericolosa all'uomo malato. «Rimedio specifico» vuol dire così. Che poi l'emetina non uccida le amebe internate nei tessuti, come dice il Casagrandi, è affermazione, oltre che difficile da controllare, che merita conferma. Si potrà dire con più verità che non le uccide tutte e sempre. Ma neppure il mercurio e l'arsenico uccidono sempre tutte le spirochete che si trovano nell'uomo sifilitico; e questo accade per ragioni molteplici applicabili in buona parte all'emetina ed alle amebe dissenteriche.

Dice il prof. Casagrandi: «*Come è mai possibile spiegare un'azione terapeutica così immediata quando nell'intestino si trovano lesioni tanto cospicue?*». Si risponde che la spiega-

zione non sarà certo facile per tutti i rispetti. La domanda è di quelle che il medico intelligente, si fa, ammirato, davanti a tutte le guarigioni ottenute con cure specifiche. Ma guai se nell'attesa di una così difficile risposta il medico si perdesse d'animo e queste cure specifiche non le facesse. Del resto, delle spiegazioni se ne potrebbero proporre e forse anche di buone; ma non ne val la pena, in questo luogo.

Dice il Casagrandi: « *L'epidemiologia di tale forma di dissenteria è fondata sulla presenza di queste amebe e non su quella di un'ameba della dissenteria se vogliamo ammetterla e a quest'ultima attribuire o lasciare le caratteristiche indicate dallo Schaudinn per la E. histolitica. Se così non fosse, a giudicare dalle recenti statistiche in Italia, noi ci troveremmo di fronte ad un numero così grande di casi di dissenteria da amebe e di portatori della stessa da dover davvero venire.... ad affermare che la Amebiasi si dovrebbe collocare fra le malattie sociali, come la malaria, la tubercolosi, la sifilide. Fortunatamente le indagini etiologiche non reggono ad una disamina obbiettiva e ci lasciano persuasi che il nostro Paese non si trova affatto di fronte ad un simile flagello* ». Ora questo ragionamento, per quello ch'io ne capisco, non mi pare bene impostato. Anzitutto: che per fondare l'epidemiologia della dissenteria amebica sia necessario quasi stabilire a priori che le amebe che si trovano debbano avere tutti, proprio tutti i caratteri dell'istolitica di Schaudinn, come se i fenomeni clinici e il dato terapeutico fossero superflui, è asserzione pericolosa che non deve essere presa alla lettera. « Le amebe *che si trovano in buona quantità nelle feci muco-sanguigne di un dissenterico* sono sempre dissenteriche », dice Woodcock. « In generale, il medico ritenga che siano patogene quelle amebe che si trovano in grandi quantità *nel muco e nel sangue di scariche dissenteriche*, specialmente se una parte di esse contiene globuli rossi ». Questo dice Nocht, che è un parassitologo di prim'ordine (1). E Kuenen, che l'amebiasi ha studiata ai tropici, scrive: « Il metodo più semplice per decidere se si tratta di vera dissenteria amebica sarebbe quello di riconoscere le vere amebe dissenteriche. Ma, secondo me, non si è ancora tanto avanti da poter distinguere la o le specie patogene così bene da potervi poggiar sopra la diagnosi clinica. Al contrario le cose stanno ben altrimenti; *e solo uno studio complessivo della dissenteria* può portarci più

(1) Citato da BRAUER. *Die Ruhr, etc.* Berlin, Fischer, 1918, pag. 45-46.

avanti nella conoscenza delle amebe e della parte ch'esse hanno nella dissenteria (1) ». E Walker, citato da Kuenen (l. c., pag. 13), conclude che « the whole question of pathogene species can be finally answered not by a study of morphological characters alone, nor by animal experiments alone, but by cultural morphological, experimentical and anatomical studies carried on by different investigators in different regions where dysentery is endemic ». Questo è vero ragionamento: così va posta la questione e non altrimenti; perchè altrimenti non la si può impostare, almeno fino ad oggi; e così la impostano diffatti tutti quelli che la dissenteria studiano, non nei laboratori soltanto, ma anche sull'uomo malato e soprattutto su questo, dove s'impone la necessità di far la diagnosi, la cura e la profilassi.

E veniamo alle statistiche. Da quelle che sono pubblicate nel « Policlinico » quasi di mese in mese (non ne ho alla mano altre per il momento) e che io ho seguito dall'ottobre del 1921 all'aprile del '23, risulta che i casi di dissenteria hanno raggiunto il massimo di 506 in un mese: in un mese solo, si noti, fra gli otto del '22 dei quali è riferita la statistica. Segue l'ottobre 1921 con 409 casi. Appresso vengono uno o due mesi con 200-300 casi per uno e poi si code al numero di 30, 10, 4, 3, 0 al mese per tutti gli altri mesi dell'anno: e questo *per tutta l'Italia.* Contando parallelamente i casi di tifo dei mesi rispettivi risulta che nei mesi di ottobre e novembre del '21 (cito i soli mesi riferiti) più gennaio, febbraio, maggio, luglio, agosto, ottobre, novembre, dicembre del '22 e i mesi di marzo e aprile del '23: risultano, dico, 1569 casi di dissenteria contro 25795 di tifo. E non è distinta la dissenteria amebica dalla bacillare: ma poniamo che siano tutti casi amebici. E il tifo non è la tubercolosi nè la sifilide che son malattie di ben più grande importanza sociale! Orbene quanto al collocare ufficialmente o no la dissenteria fra le malattie sociali è cosa che importa poco. Malattia sociale è espressione vaga: altra cosa è flagello. Flagello la dissenteria amebica non è: e questo risulta proprio dalla statistica: la quale è statistica di malati e non di morti: che, chi vedesse questa ultima, si convincerebbe certo anche meglio, delle relativamente modeste proporzioni della dissenteria in Italia: benchè io creda che nella statistica non figurino tutti i casi di dissenteria che realmente ci sono. Il tifo, che non è neppur esso un flagello qual'è la tubercolosi, colpisce, per un caso di dissenteria, 16,44 persone. Quello che nella

(1) Arch. für Schiff's und Tropenhygiene, vol. 13°, Beih. 7, pag. 8 (1919).

detta statistica fa meraviglia non sono i 500 casi in un mese, ma i 30, i 10, i 4, i zero di quasi tutti gli altri mesi: per 40 milioni e più di abitanti! Le statistiche italiane adunque non dimostrano ma piuttosto smentiscono che la dissenteria sia da noi una malattia grave. Infine: che l'epidemiologia di tale forma di dissenteria sia fondata sulla presenza di queste amebe, come afferma il Casagrandi, è, per parte mia almeno, non tutta la verità, ma parte della verità. Io non mi baso *soltanto* sulla presenza di amebe, ma, ripeto, anche sulla parte che esse prendono nel complesso clinico in cui si trovano: loro presenza nel periodo di malattia: loro scomparsa durante la guarigione: scomparsa che si ottiene per l'effetto, praticamente costante, di una medicina speciale: presenza e scomparsa che hanno, per la diagnosi, egual valore di conferma. Così almeno la penso io. E però, io non capisco bene che cosa significhino le parole del prof. Casagrandi: «Fortunatamente le indagini etiologiche non reggono ad una disamina obbiettiva e ci lasciano persuasi che il nostro Paese non si trova affatto di fronte ad un simile flagello». Ciò che ci lascia tranquilli, almeno per ora (forse, troppo tranquilli), è proprio la statistica. Che se da questa fossero risultati per i mesi dianzi riportati del '21-'23, 25795 casi di dissenteria contro 1569 di tifo anzichè il contrario, come diffatti è; se questo, dico, fosse risultato, si azzarderebbe il prof. Casagrandi a dire che il pericolo non c'è perchè le amebe trovate non sono precisamente identiche alla istolitica di Schaudinn: che il pericolo è dissipato dalle «indagini etiologiche»? Eh no! occorrerebbe scendere in campo contro di esse qualunque fosse la loro grandezza, il loro nucleo, la loro cisti, la loro azione patogena sui gatti, ecc.

Chi legge troverà che questi miei argomenti sono pedestri, elementari, ovvii, e in parte già da me altrove esposti. Meglio così. Io ho portato avanti dei fatti sicuri e semplici da descrivere; e credo che, se divergenza esiste fra il prof. Casagrandi e me (io non voglio compromettere gli altri, ma credo che anche altri veggano fatti uguali a questi), se divergenza, dico, esiste, questo accade perchè *ciò che vedono i medici egli non lo vede*: chè se lo vedesse, non è possibile che diversamente da loro egli potesse pensare.

Nota. — L'articolo polemico del prof. Franchini richiama l'attenzione dei nostri lettori su un problema, di cui l'importanza medico-sociale a nessuno può sfuggire. Che esista una dissenteria *amebica*, che esistano note differenziali nette tra *amebe patogene* ed *amebe non patogene*, almeno nelle forme classiche descritte (*hystolitica* da una parte, *coli* dall'altra), non è chi dubiti; forse nei paesi, nei quali la dissenteria amebica è da più lungo tempo nota nelle sue manifestazioni e nei resultati terapeutici, queste discussioni desteranno un senso di sorpresa.

Su di un punto del problema a noi piace di aggiungere qualche rilievo, portando il contributo di indagini di un quinquennio nella Clinica medica di Roma, diretta dal prof. V. Ascoli, sulla esistenza della dissenteria amebica *in Italia*. E si noti bene dissenteria, solo in parte importata durante la guerra; essa esisteva certamente prima della guerra e per rare testimonianze della nostra letteratura medica (Lacava, Boeri, ecc.) e per la non rara ricorrenza, che ognuno di noi ricorda di ascessi epatici, unici, a contenuto sterile, allora giustiziabili solo della cura chirurgica. Purtroppo il resultato negativo di ricerche non recenti di studiosi italiani sull'importanza dell'ameba nella dissenteria, avevano impedito che il problema clinico avesse adeguata soluzione.

Ma dacchè l'ameba dissenterica si può riconoscere sopratutto per l'opera fondamentale di Schaudinn e la ricerca si compie sistematicamente *nei dissenterici non solo* ma *negli enteritici in generale e specialmente cronici*, si vede che l'*amebiasi intestinale* (forse dal punto di vista clinico è più opportuno denominare così l'infezione amebica dell'intestino) ha una importanza assai superiore a quello che prima non si poteva supporre. In una serie di osservazioni, che vedranno presto la luce, noi porteremo dettagli clinici e statistiche; da esse ci risulta che alle forme dissenteriche sporadiche, raramente epidemiche, vanno aggiunte le forme atipiche, le larvate o le forme croniche, perfino delle forme latenti che danno alle cifre un valore degno della più alta considerazione.

Mi limito per ora a ricordare che centri di infezione noi abbiamo potuto trovare in parecchie regioni d'Italia, e che finora abbiamo potuto con terapia medica curare, nello spazio degli ultimi 5 anni, ben 21 casi di ascesso epatico amebico, con successo. Se si pensi alla percentuale, che l'ascesso epatico rappresenta nella dissenteria amebica non curata, si vedrà che l'amebiasi intestinale in Italia ha una importanza medica e sociale anche più grande, di quanto dal contributo dello stesso Franchini non appaia.

T. PONTANO.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Itteri tifo-paratifici.

(SACQUÉPÉE. *Paris médic.*, 2 giugno 1923).

Clinicamente gli itteri tifo-paratifici si presentano sotto aspetti differenti. Spesso l'ittero infettivo tifico o paratifico costituisce un vero equivalente dell'infezione tifosa o paratifosa, perchè l'andatura generale della malattia è quella abituale di un tifo o paratifo, accompgnato da ittero.

Altre volte la malattia si svolge a tappe febbrili, delle quali la prima è accompagnata da ittero, l'altra no. Senza spirochetosi, bene inteso, ma con emocultura positiva, per il tifo o paratifo, in ciascuna *poussée* febbrile.

L'ittero inoltre può accompagnare le manifestazioni atipiche tifose o paratifose, per esempio il meningo-paratifo, o quelle che mentiscono gli avvelenamenti elementari.

Non rientrano nel quadro gli itteri che sopravvengono nel corso delle infezioni tifo-paratifiche con angiocolicistite o nelle associazioni tifo- o paratifo-streptococciche, essendone in questi casi responsabili la lesione vescicolare o lo streptococco.

Vi rientrano però gran parte di quelle forme vaghe, aventi un minimo di segni infettivi, a volta sporadiche, a volta epidemiche, che ancora passano col nome di itteri catarrali, e nelle quali è possibile riportare l'azione patogena alla esistenza di un germe tifico o paratifico.

La natura tifo-paratifica dell'ittero oltre che da prove cliniche, è confermata da prove batteriologiche, epidemiologiche e da un *experimentum crucis*.

Fra le prove batteriologiche si ricorda l'emocultura che in pratica, se è positiva, ha valore assoluto. L'agglutinazione se positiva a forte diluizione, ha valore assoluto anche essa, se il soggetto non fu vaccinato.

L' A. ha utilizzato la coprocultura e conchiude che praticamente la presenza del bacillo del tifo nelle feci è l'esponente di una infezione tifosa solo se il malato non si trova ad immediato contatto con un tifoso.

L'epidemiologia è inoltre ricca di piccole epidemie di ittero famigliari, o in gruppi limitati di persone o di estese epidemie (corpo di sbarco francese ai Dardanelli, 1915; armata rumena, 1917) nelle quali il reperto clinico, necroscopico, o batteriologico, fu positivo per i paratifi A e B.

La prova crociale è del Cantacuzène che fece ingerire a ciascuno di otto giovani una cultura di paratifo B su gelatina, di 24 h, emulsionata in siero fisiologico, ed in altri due iniettò per le vene un decimo di cultura. Questi ultimi non ebbero malessere alcuno, ma fra i primi, sei ebbero dopo 24 ore lieve ipertermia, debole ittero congiuntivale, con nausea e sensibilità del punto cistico; uno nessuna manifestazione morbosa; ed un altro infine ebbe due giorni di febbre alta ed ittero generale dei più classici durato circa dodici giorni.

L'A. infine premessa l'osservazione clinica che l'ittero è raro nel corso di infezioni tifose o paratifose classiche sufficientemente gravi, e che invece quelle accompagnate da ittero hanno ordinariamente decorso ed esito buono, pensa che l'ittero tifo-paratifico è prodotto da germi che di fronte alle vie biliari possono presentare una speciale elettività, come a volte il paratifo B lo presenta per le meningi o per la mucosa intestinale.

E le condizioni necessarie a che l'ittero tifoparatifico si manifesti sono: la presenza di varietà itterogene, e la presenza di uno stato di semi-immunizzazione da parte dell'organismo, per effetto di attacchi precedenti benigni o lontani, o di vaccinazioni insufficienti o lontane. Lo stato di immunizzazione non lascia sviluppare l'infezione tifosa a paratifosa, con o senza ittero: al contrario la mancanza di immunizzazione dà luogo ad infezioni gravi che solo molto raramente si accompagnano ad ittero. PERSIA.

CHIRURGIA.

Sull'ascesso paranefritico.

(F. FRANKE. *Deut. Med. Wochen.*, n. 7, 1923).

Gli ascessi paranefritici metastatici, sono diversi sia per la loro etiologia, sia per i sintomi clinici, dagli ascessi secondari ad una pionefrite, pionefrosi, tubercolosi renale, actinomicosi renale, o ad una calcolosi renale infettata. L'ascesso paranefritico metastatico si osserva dopo quelle malattie infettive, nelle quali dei germi piogeni (specialmente stafilococchi) facilmente riescono a penetrare nel circolo sanguigno, e dopo processi suppurativi dei tegumenti. Questi processi suppurativi sono spesso lievissimi (foruncoli, impetigine, eczema, patereccio, piccole piaghe, ecc.); l'ascesso paranefritico si manifesta spesso dopo 2-4 settimane, quando il focolaio primitivo può essere già completamente guarito. La rarità dello ascesso paranefritico, in confronto alla frequenza della batteriemia (coli, stafilococchi,

bacilli tifici) è dovuta all'azione antibatterica del sangue; solo nei casi in cui le forze difensive dell'organismo non riescono a distruggere i germi (grande quantità di germi nel sangue, oppure grande virulenza di essi) essi vengono eliminati attraverso i reni (specialmente gli stafilococchi). I germi nel loro passaggio attraverso il rene vi possono determinare degli ascessi, specialmente nella sostanza corticale. Questa azione patogena sui reni da parte dei germi che penetrati in altri tessuti vi vengono distrutti, ha le sue cause nelle speciali condizioni circolatorie del rene le cui arterie sono arterie terminali (facile deposizione dei germi); questi ascessi si osservano in special modo nelle setticemie da stafilococco, perchè le tossine di questo germe hanno spiccate proprietà necrotizzanti e leucotossiche. I piccoli ascessi parietali del rene che in tal modo si formano, facilmente si rompono nella capsula adiposa del rene; si forma allora l'ascesso paranefritico. L'ascesso paranefritico, di grandezza variabile, si forma di solito alla parte posteriore del rene; talvolta esso si trova alla parte anteriore, raramente ad uno dei poli.

L'inizio dell'ascesso paranefritico è di solito caratterizzato da un dolore improvviso e violento, da febbre e spesso brivido; in alcuni casi si manifestano dei gravi sintomi di sepsi. La affezione può regredire in tale stadio, di solito però la suppurazione prosegue, i dolori e la febbre persistono e si sviluppa o il quadro della sepsi criptogenetica (febbre continua senza brividi, bradicardia, dolori all'addome: quadro tifoso) oppure un quadro in cui prevalgono i sintomi a carico di determinati organi, a seconda della sede e del decorso dell'ascesso (milza, pancreas, colon, peritoneo, fegato, stomaco, duodeno, diaframma, pleura, polmone). In tutti i casi la regione renale è sensibile alla pressione e talvolta è prominente; in molti casi è dolente alla pressione l'estremità anteriore dela 12ª costola. L'urina può essere normale o contenere scarsa quantità di albumina e qualche elemento cellulare. In tutti i casi in cui esistono dei sintomi settici (anche se il quadro simula un tifo) si deve ricercare la dolorabilità alla pressione della regione renale, onde riconoscere a tempo la affezione. Nei casi dubbi è utilissima la puntura esplorativa, che spesso però riesce negativa (ascessi ancora piccoli, alla parte anteriore del rene). Dati importanti sono forniti dall'esame radiologico. La diagnosi differenziale può essere difficile di fronte a malattie renali di altro genere, a lombaggini, spondilite, miosite, ascesso epatico o pericolecistico, paranefrite suppurativa (frequente nelle affezioni delle valvole aortiche, determinata da ripetute embolie nella corteccia renale; i sintomi sono coliche intermittenti ed ematurie senza febbre). Oltre a questi ascessi di origine metastatica, gli ascessi paranefritici possono svilupparsi per propagazione di processi patologici dei reni (pionefrite, pionefrosi, tubercolosi renale, calcolosi renale infetta, ecc.) o di processi a carico di altri organi o tessuti vicini.

L'esito dell'ascesso paranefritico non riconosciuto è vario; i pericoli consistono nella sepsi generale e nella perforazione del pus in organi vicini.

La mortalità sarebbe del 17 % circa per i casi operati 3-6 settimane dopo l'inizio della affezione.

L'autore riferisce su due casi di ascesso paranefritico, insorto in seguito a foruncoli. Nel primo caso il malato morì nonostante l'operazione; nel secondo caso, assicurata la diagnosi per mezzo dell'esame radiografico e della puntura esplorativa, l'intervento salvò la vita al malato.

R. POLLITZER.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Sull'assorbimento dei farmaci.

(C. EGGLESTON. *Journ. A. M. A.*, 11 agosto 1923).

Contrariamente all'opinione comune, non si deve ritenere, che l'assorbimento dei farmaci per la via digerente e sottocutanea sia necessariamente in diretto rapporto con la loro solubilità in acqua.

Intervengono molti fattori, specialmente fisico-chimici, a modificare tale assorbimento. Così si è osservato che il ione SO_4 è dei meno assorbibili: probabilmente in conseguenza di ciò il bisolfato di chinidina viene assorbito più lentamente. Ma ivi forse ha più importanza il fattore chimico, in quanto sembra che gli alcaloidi, in qualunque forma introdotti, non si assorbano che come cloridrati, ed il succo gastrico trasforma più difficilmente i bisolfati in cloridrati. È allo studio il problema della rapidità di assorbimento degli alcaloidi negli anacloridrici, e nei normali quando vengano introdotti direttamente nel duodeno, onde confermare o meno tale teoria. In questo senso parla il fatto che ad es. la stessa dose di qualunque sale di chinina, ed anche dell'alcaloide puro, viene assorbita quasi con la stessa rapidità, quantunque il cloridrato sia circa ottanta volte più solubile dell'alcaloide.

La presenza di succhi alcalini intestinali è, per l'assorbimento di molti farmaci, non pri-

va d'importanza. Essa rende solubile, ad es. l'aspirina, il cincofene, il veronale, che perciò si assorbe quasi così rapidamente come il suo sale sodico (medinale). In un giorno si versano nell'intestino e vengono poi riassorbiti circa nove litri di acqua, ciò che permette di sciogliere discreta quantità di farmaci anche poco solubili.

Esempio tipico della mancanza di rapporto tra la solubilità e l'assorbimento è il diverso comportamento della digitossina cristallizzata, quasi insolubile, che viene tuttavia assorbita bene dall'intestino, e della strofantina cristallizzata (uabaina), molto solubile, che non viene assorbita.

Durante la digestione alcuni fattori favoriscono l'assorbimento (maggiore abbondanza di liquidi, lieve iperemia delle mucose, attività dei processi generali di assorbimento) ma altri lo diminuiscono (eccessiva diluizione, particolari modificazioni eventualmente indotte nel farmaco).

Un lieve grado di irritazione della mucosa intestinale si può ritenere favorevole all'assorbimento, onde ad es. certe droghe si assorbono meglio in soluzione alcoolica; ma l'irritazione forte e l'infiammazione diminuiscono l'assorbimento o lo arrestano (peritonite). Le ulcerazioni possono favorire l'assorbimento di alcune sostanze.

L'anemia della mucosa, e la sua diminuita irrorazione sanguigna sembrano agire in senso sfavorevole, quantunque, ad es. la digitale sia bene assorbita anche dagli scompensati con una cospicua congestione della mucosa intestinale.

La nausea, provocando la chiusura del piloro, ritarda il passaggio dei farmaci nell'intestino: quindi pone serio ostacolo all'assorbimento solo di quei farmaci che si assorbono rapidamente, e di preferenza nel duodeno o nel primo tratto del tenue (alcaloidi, che si giovano di un ambiente acido).

L'assorbimento dei farmaci pel retto è in realtà più scarso che per quelli introdotti per via orale, quantunque, in teoria, l'assorbimento per le vene emorroidarie inferiori porta la sostanza direttamente nella vena cava evitando il fegato, che distrugge in parte le droghe che giungono a lui per la vena porta. Tale distruzione del resto è limitata a minime quantità, talchè la dose attiva per os è generalmente non molto superiore a quella attiva per iniezione sottocutanea.

La rapidità di assorbimento dei farmaci ha una grande importanza e andrebbe meglio studiata.

Si può conoscere dal tempo trascorso tra la somministrazione e l'inizio di un'azione farmacologica dimostrabile, o tra la somministrazione e la presenza del farmaco nelle urine. Si possono costruire curve di concentrazione di detta sostanza nelle urine o nel sangue, ma per molte droghe ciò è difficile: è tuttavia necessario per avere un'idea dell'assorbimento di quelle sostanze che abbandonano rapidamente il sangue.

DORIA.

DERMATOLOGIA.

La funzione del sistema endocrino - simpatico nella patogenesi di alcune turbe trofiche cutanee.

(LEVY, FRANCKEL e JUSTER. *La Presse Médicale*, 28 luglio 1923).

Gli AA. riferiscono in questo articolo i risultati delle loro ricerche rivolte, per ora, alle turbe pilari, alle turbe pigmentarie, alle turbe ungueali e alle cheratodermie.

1°) *Turbe pilari*. — L'intervento del sistema endocrino-simpatico è facilmente dimostrabile nella patogenesi di due distrofie pilari tra le più comuni: l'ipertricosi e l'alopecia areata.

Benchè il meccanismo ne sia ancora oscuro non è possibile negare l' influenza del sistema endocrino nella ipertricosi: tale influenza è evidente nella donna specie all'età della menopausa: la sclerosi ovarica, che spesso modifica il carattere, produce anche peli superflui sul labbro e sul mento. Fin dall'antichità del resto l'uomo dalla barba folta e dal corpo peloso è ritenuto come un ipergenesico. Assai più evidente è la partecipazione del sistema nervoso nella patogenesi della ipertricosi: la spina bifida occulta che si accompagna con lesioni nervose più o meno evidenti si esteriorizza per lo più con una ipertricosi della regione paravertebrale. Anche la paralisi infantile può accompagnarsi con ipertricosi (Miraillé).

Fin dal 1912 G. e M. Villaret avevano notato modificazioni del sistema pilifero consecutive a traumatismi degli arti e ritenevano assai probabile che si trattasse di un perturbamento trofico in rapporto con una alterazione nervosa. Più tardi M. Villaret dimostrò che l'ipertricosi, che è spesso unita all'iperidrosi, turba di origine simpatica, era assai frequente nelle ferite dei nervi periferici.

L'alopecia areata sembra egualmente esser dovuta a lesioni del sistema endocrino-simpatico: è stato dimostrato (Villaret) che nella sindrome di sezione completa dei nervi pe-

riferici, l'ipotricosi può variare dalla epilazione lieve fino alla caduta completa dei peli. Sono stati infine segnalati casi di alopecia areata in seguito a ferite di nervi e queste osservazioni confermano le esperienze di Max Joseph e di Mibelli che producevano l'alopecia nel gatto sezionando la radice posteriore del secondo nervo cervicale.

Del pari manifesta è l'influenza del sistema endocrino nella patogenesi della alopecia areata da quando si è cominciata a conoscere la patologia delle glandole vascolari sanguigne. Numerose osservazioni dimostrano che le lesioni delle glandole endocrine possono accompagnarsi ad alopecie. La chirurgia moderna poi ci dà ancora una prova della influenza delle glandole vascolari sanguigne sulla funzione pilare, ed infatti nella donna, come nell'uomo, la castrazione può essere seguita da alopecia areata.

Assai frequente è anche l'alopecia nel morbo di Basedow che può considerarsi come il tipo delle malattie a patogenesi e sintomatologia endocrina-simpatica. La terapia del resto conferma tali teorie e infatti aggiungendo alla cura anteriormente praticata per gli alopecici, degli estratti endòcrini (assai spesso corpo tiroideo e glandole genitali) si sono potute guarire delle alopecie ribelli.

2°) *Turbe pigmentarie.* — Riferendosi a prove fisiologiche (sindrome oculare di Claude Bernard-Horner con eterocromia dell'iride) e ad esperienze cliniche di diversi autori ed alle numerose personali gli AA. sono propensi a concludere che le turbe pigmentarie cutanee sono dovute a lesioni del sistema endocrino-simpatico.

3°) *Turbe ungueali.* — Ben nota è l'influenza del sistema nervoso nello sviluppo delle unghie: nelle nevriti e specialmente in quelle traumatiche si può osservare nelle unghie fragilità, striature, delle macchie, delle atrofie, delle ipertrofie e persino la caduta spontanea dell'unghia stessa.

Durante la guerra si sono osservati numerosi casi di turbe ungueali in seguito ad affezioni del sistema vascolare-simpatico. La embriologia del resto ci permette di riavvicinare le unghie ai peli e ci fa così comprendere come sia lo stesso sistema che ne regola lo sviluppo. In una malata gli AA. hanno osservato delle striature, delle spezzettature ungueali con dolore periungueale che apparivano durante le mestruazioni e delle quali si ottenne la guarigione regolarizzando le mestruazioni stesse.

4°) *Cheratodermie.* — L'influenza del sistema endocrino-simpatico si manifesta parimenti sullo sviluppo dello strato corneo della pelle: le lesioni dei nervi periferici possono produrre cheratodermie e tra queste il più bell'esempio clinico è dato dalla polinevrite arsenicale. Anche il sistema endocrino sembra avere influenza sulla nutrizione dello strato corneo, benchè le nostre cognizioni a tale riguardo siano molto incomplete. L'ittiosi, nella quale si ha una ipertrofia dello strato corneo, sarebbe per molti autori di origine endocrina e l'opoterapia, specie la tiroidea, darebbe buoni risultati in questi malati. Anche la cheratosi pilare, che spesso si accompagna con turbe vasomotrici, sembra particolarmente frequente nei soggetti con perturbazione della «coppia sinergica» (glandola tiroide e glandole genitali).

Gli AA. che durante tutto il lavoro hanno assai spesso riunito in uno stesso concetto il sistema simpatico all'endocrino, concludono con una interessante dissertazione per dimostrare la impossibilità di dissociare completamente questi due sistemi nella patogenesi delle su studiate turbe trofiche cutanee.

V. MONTESANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. FILIPPINI. *Prontuario dell'Igienista.* Un volume in-8° di pag. XVI-562 (N. 11 della Collana Manuali del «Policlinico»). — Roma, Casa Editrice L. Pozzi. — Prezzo L. 52.

Sotto questo modesto titolo è apparso qualche mese fa un ottimo manuale di igiene, il quale viene ad arricchire opportunamente la bibliografia medica italiana che purtroppo, in confronto di quella straniera, si rivela non eccessivamente fertile e fiorente. Si può affermare senza discussione che abbiamo più traduzioni che opere originali, mentre, come è facile intendere, non sempre la letteratura medica si adatta indifferentemente a qualsiasi coltura nazionale. Ad esempio, prima della guerra, uno dei migliori e più completi trattati di igiene era indubbiamente quello del Rubner, ma questo, sebbene tradotto ed interpretato a dovere, risentiva sempre in molte parti della sua origine esotica, per cui non ebbe in Italia la fortuna che meritava, con danno della coltura igienica della classe medica che, diciamolo pure, è sempre deficiente. Encomiabile pubblicazione enciclopedica fu il *Manuale dell'igienista*, compilato sotto la direzione del compianto prof. Celli da parecchi distinti specialisti. Se non che l'opera, anche troppo dettagliata nelle singole parti, mancò sempre di unità e di giusta proporzione delle parti stesse. Purtroppo le massime oraziane sono dimenticate nel piano editoriale di tali piccole enciclopedie. D'altra parte l'inesorabile invecchiamento dei trattati scientifici aveva anche col-

pito i classici dell'igiene italiana e la mancanza di un trattato moderno era assai sentita, se pure non da tutti compresa.

Occorreva un libro nuovo che in volume ristretto, anzi direi con parola medica *coobato*, riassumesse con unità di stile, seguendo un piano organico ed euritmico, le cognizioni fondamentali che si fecondano dalla incessante indagine scientifica nei campi diversi da cui attinge vita l'igiene moderna. A questo arduo lavoro si è accinto il dott. Filippini ed, a mio parere, vi è riuscito meglio dei suoi predecessori. Egli ha fatto pertanto opera meritoria non solo per la medicina, ma anche per la Patria, dimostrando che anche da noi non manca l'arte di comporre un buon libro. È da augurarsi perciò che il libro varchi l'Oceano e giunga a quei nostri connazionali che spesso dimenticati, in terra straniera non scordano la razza ed anelano apprendere lo scibile piuttosto da maestri italiani anzichè da autori francesi o tedeschi.

Scorrendo il manuale del Filippini, si apprende a prima vista che l'autore non lo ha scritto, come sempre avviene, per mandato editoriale, ma ha cominciato a comporlo quasi per uso proprio, raccogliendo pazientemente tutto quello che ha studiato ed osservato, onde il lavoro non trovasi afflitto da quella menda della maggior parte dei trattati tecnici, di riportare cioè le cognizioni ed opinioni altrui, esponendole spesso con poca chiarezza e scarsa critica. La materia è, come si dice, ben digerita per cui si fa comprendere con poca fatica anche dai novizi dell'igiene e persino dai profani alla medicina. L'autore ha cercato di essere esatto, veritiero e coscienzioso per tutte le fonti, ed ogni capitolo reca una bibliografia di citazioni che può essere preziosa a chi voglia approfondire qualche argomento.

Il volume è diviso in due parti: nella prima viene trattata l'igiene generale come studio sistematico delle singole condizioni dell'ambiente e considerando le diverse congiunture, appoggiando i canoni generali sopra fatti e sistemi pratici. In tal modo chi debba applicare i dettami teorici trova subito indicati i dati e gli elementi da usufruire nei casi singoli; così nella profilassi delle malattie epidemiche, come nella igiene del terreno, delle acque, delle industrie, delle scuole, ecc. La seconda parte è dedicata alle ricerche sperimentali che l'igienista, per svolgere la sua missione, deve compiere nel laboratorio. Contiene quindi l'esposizione minuziosa della tecnica da seguire per le ricerche microbiologiche, chimiche, fisiche, micrografiche, oltre ad un riassunto dei caratteri dei batteri e protozoi patogeni e dei metodi per la loro diagnosi.

Il libro è così completo da poter divenire il compagno fedele dei medici, che come ufficiali di Sanità trovansi distaccati dai maggiori centri di coltura e può guidarli bene anche nei casi difficili.

Giustamente il chiarissimo prof. Sanarelli ha, nella dotta prefazione, raccomandato il *Manuale* del Filippini agli studiosi, concludendo che l'autore è venuto in buon punto a colmare felicemente una lacuna della letteratura medica italiana.

Prof. TITO GUALDI, Uff.le San.rio di Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ORTNER N. *Sintomatologia clinica delle malattie interne*. In-8°, vol. 1. Parte prima di pagine 482; parte seconda di pagine 434. Traduzione del dott. Ciuti. — F. Vallardi edit., Milano, 1923. Prezzo, rispettiv. L. 42 e 38.

Lo studio e l'analisi del sintoma sono senza dubbio la prima guida che ci si offre per condurre alla diagnosi. Fra i diversi libri che sono stati pubblicati in questi ultimi anni su tale argomento, alcuni dei quali aridi come un dizionario, questo dell'Ortner si distingue per l'ampiezza della trattazione. Si ingannerebbe colui che credesse di aver a che fare con un manuale da sfogliare in fretta al momento opportuno, per trovare esposte in nudi schemi tutte le possibili diagnosi a cui può condurre un sintoma, senza che nessuna sia approfondita, sicchè il lettore rimane sempre nell'incertezzza. È questa invece un'opera ricca di osservazioni e densa di concetti che va meditata e studiata.

Il primo volume è dedicato al sintoma dolore ed è diviso in due parti; la prima tratta delle affezioni dolorose del ventre, campo sterminato in cui si incontrano il medico, il chirurgo, il ginecologo dei quali talora è necessaria l'unione per approdare ad una diagnosi esatta. Nella seconda parte si considerano i dolori delle altre parti del corpo: il cuore, le reni, le spalle, il collo, il petto, gli arti, il capo, ecc.

Quando si ponga mente che è proprio per qualche sintoma doloroso che il più delle volte il malato ricorre dal medico, appare evidente l'utilità di trovare riuniti nei singoli capitoli che considerano i fenomeni dolorosi come punto di partenza, tutto quanto è invece sparso nei trattati di patologia. L'esposizione appare per forza di cose talvolta un po' affastellata, ma è chiara ed efficace, sicchè non potrà mancare a questa opera nella fedele traduzione del dott. Ciuti la buona accoglienza da parte dei medici italiani.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XVII Congresso francese di medicina.

(Bordeaux, 27-29 settembre 1923).

Le sequele lontane della malaria.

A. LE DANTEC. — L'O. dà al tema un senso molto elastico in modo da inglobare ad un tempo le sequele di una malaria male spenta e quelle di una malaria tuttora attiva. Tali sequele sarebbero: 1) Le lesioni definitive di una infezione attualmente spenta, come p. e., la sclerosi della milza in un malarico guarito; 2) Le lesioni evolutive di una malaria male spenta, come l'aumento di volume della milza ad ogni attacco febbrile di recidiva; 3) Le lesioni evolutive di una malaria a ripetizione, come le reinfezioni annuali degli indigeni nelle colonie; 4) Le lesioni evolutive di una malaria ematologicamente spenta, come l'arterite postmalarica senza parassiti nel sangue. Si distinguono quindi quattro tipi di malarici, secondo il grado di impregnazione, e cioè il rimpatriato da Salonicco (per il quale si deve ammettere almeno amministrativamente la cronicità della malattia, anche se non si trovano parassiti nel sangue); il funzionario coloniale (per cui si deve decidere se sia o meno atto a ritornare in colonia), il colono europeo (che in grazia del chinino, riesce non a sbarazzarsi del parassita, ma a limitarne gli effetti), l'indigeno (fra cui il più resistente sembra il nero d'Africa, il quale, fortemente malarico nell'età infantile, diventa da adulto un portatore sano di parassiti).

Sequele nell'apparecchio circolatorio. — L'esistenza di una aortite malarica non può essere messa in dubbio; con la radioscopia, si può osservare la dilatazione dell'aorta durante l'accesso; in seguito ad attacchi successivi, l'aorta finisce per alterarsi e lasciarsi distendere in modo definitivo, avendosi i segni clinici di un'aortite con dilatazione. Anche le arterie periferiche possono essere colpite, con esito in gangrena secca specialmente alle estremità, alla faccia, agli organi genitali; il coagulo contenuto nell'arteria obliterata contiene abbondanti parassiti.

La malaria ha inoltre un'influenza nociva sulla *fecondazione,* sulla *gravidanza* e sul *parto.* L'O. riferisce che nei paesi malarici vi è un maggior numero di donne sterili; la gravidanza può risvegliare ed anche trasformare la malaria, essa è spesso interrotta da aborto o da parto prematuro, non però concomitanti ad un accesso febbrile; nel puerperio si ridestano spesso accessi malarici. I bambini nati a termine da donne malariche sono poco sviluppati e presentano una mortalità del 75 %.

Cura della malaria. — Le sequele non sono influenzabili dal chinino. Questo può essere usato a titolo preventivo (20-30 cg. al giorno) o curativo. Per questo si userà l'iniezione endomuscolare quando la lingua è saburrale, altrimenti l'ingestione. Per l'iniezione l'O. consiglia il formiato basico di chinino con glucosio, ana g. uno in 10 cmc. di acqua distillata; per l'ingestione l'O. consiglia il chinino in polveri da 25 cg. anzichè le compresse; è bene aggiungere anche dell'arsenico; se poi persistono semilune nel sangue, ricorrere ad iniezioni endovenose di arsenobenzoli (15-30 cg.) che troncano senz'altro gli accessi. Come dosi per il chinino, l'O. consiglia, nei primi 5 giorni, un grammo al giorno in 4 prese, da 25 cg.; per altri 5 giorni 3 prese al giorno, per altri 10 due prese, per un mese una.

M. LÉGER. — *Lesioni viscerali e ghiandolari.* — La malaria va considerata come una malattia generale, ma le diverse specie dei parassiti hanno predilezioni diverse, così il *Plasmodium praecox* si localizza particolarmente nell'encefalo (accessi perniciosi a tipo cerebrale) il *vivax* di preferenza sulla milza; poco si può dire sul *P. malariae,* che si trova in gran numero nel midollo osseo, nel miocardio, nell'encefalo. Le lesioni somatiche determinate dai parassiti formano il substrato delle sequele lontane.

Nel fegato si ha una iperemia primitiva con disturbi della funzione biliare e specialmente ureogenica; il fegato tende poi a ritrovare la sua integrità, ma in conseguenza di una cura insufficiente, o di reinfezioni, si ha tendenza a formazione di cirrosi: del tipo atrofico di Laennec, od ipertrofico monocellulare, oppure si può avere una epatite con degenerazione grassa o amiloide; frequente è la litiasi biliare. Nella milza il parassita si localizza e può vivervi a lungo; si è osservato un periodo di latenza durato 60 anni (*sic*). Si determina nella milza una ipertrofia che la rende fragile, donde la facilità di rottura. In conseguenza della parte che la milza ha nella ematopoiesi, si hanno come sequele della malaria, malattie del sangue e degli organi ematopoietici, specialmente del midollo osseo; tardivamente si possono avere l'anemia del tipo Biermer, la sindrome di Banti, la leucemia mieloide o linfoide.

Nell'apparato respiratorio, si possono avere pleuriti secche o polmoniti croniche specialmente all'apice, con sclerosi polmonare, che di tanto in tanto dànno accessi di forme acute che possono essere mortali. Abbastanza frequenti sembrano le nefriti croniche, spesso mascherate da altri sintomi viscerali; la glomerulo-nefrite atrofica con sclerosi può essere accompagnata da infiltrazione di pigmento ocra.

Fra le ghiandole endocrine, la lesione della tiroide a tipo di sclerosi possono provocare l'infantilismo, talora a tipo mixedematoso. Frequente è l'asfissia locale delle estremità che potrebbe ricondursi a lesioni della ipofisi; in qualche caso si è veduta l'acromegalia. Frequente è pure la lesione delle surrenali, con sviluppo di una sindrome addisoniana che migliora con l'uso del chinino.

HESNARD. — *Sequele neuro-psichiatriche.* — Sono assai varie, ma relativamente rare; la loro gravità non è proporzionale a quella dell'infezione che le ha provocate. Dal punto di vista neurologico si tratta di complicazioni tardive o ribelli o di sequele da parte delle meningi, dell'encefalo, del midollo, delle radici e specialmente dei nervi periferici, le quali si traducono con sintomi sensi-

tivo-motori e trofici svariati. Dal punto di vista psichiatrico, si possono avere: 1) complicazioni mentali tardive (sindromi intermittenti oppure stati confuso-onirici, e più raramente crisi psicopatiche polimorfe in individui mentalmente tarati); neurosi o psicosi acute prolungate atipiche, talora sindromi psico-organiche, come la psico-polineurite: 2) sequele mentali, stati demenziali semplici a forma depressiva ed amnesica, arresti di sviluppo psichico con o senza distrofia polighiandolare; 3) stati vesanici cronici continui od intermittenti, specialmente accessi di follia maniaco-depressiva e demenza precoce catatonica.

CH. DOPTER. — *La terapia delle infezioni meningococciche.* — L'infezione meningococcica si manifesta in forme svariate che esigono un adattamento particolare per ogni caso; la complessità è ancora maggiore nella complicazione più grave e frequente, la meningite cerebro-spinale. Il medico deve seguire attentamente il caso ed essere pronto a modificare con decisioni rapide la propria condotta terapeutica; così deve instaurare una terapia adatta di fronte al mancato riassorbimento di un siero da parte di una meninge divenuta intollerante, davanti la comparsa di sintomi che indicano un tramezzo meningeo, ecc. Il trattamento sieroterapico della meningite meningococcica esige dunque un'attenzione ed una vigilanza continue per permettere di adattarlo alle circostanze uscendo da un pericoloso automatismo terapeutico. A tale scopo il medico deve essere continuamente aiutato dal laboratorio che esamini *con competenza* il liquido cefalo-rachidiano, fedele riflesso delle lesioni in evoluzione. Come principii generali del trattamento sieroterapico sono da adottarsi i seguenti: usare il siero corrispondente al tipo di meningocco (all'inizio una miscela dei tre tipi), accompagnare le iniezioni endorachidee con quelle endomuscolari od endovenose per combattere non solo le lesioni locali, ma anche la setticemia, intervenire al più presto, usare dosi tanto più elevate quanto più grave è la malattia (20 cmc. sono la dose minima; si è arrivati a 100 cmc. nelle 24 ore; nei bambini si possono introdurre 10-30 cmc.). Le iniezioni vanno ripetute quando si osservi una recrudescenza dei sintomi.

L. BOIDIN ha riferito sui *mezzi ausiliari della sieroterapia.* 1) *Batterioterapia.* I vaccini antimeningococcici sono poco tossici, se ne possono quindi iniettare grandi quantità; dose iniziale un miliardo, arrivando a 6-8, ripetendo le iniezioni ogni 2-3 giorni ed usando un autovaccino od altrimenti un vaccino dello stesso tipo od un stock-vaccino polivalente. L'O. si dichiara nettamente favorevole a tale metodo di cura. 2) *Pioterapia.* L'ascesso di fissazione può esercitare una influenza spesso decisiva nell'infezione meningococcica; il metodo, purchè ben regolato, non è doloroso e non espone a necrosi estese; anche la pioterapia asettica (iniezione di trementina) ha dato qualche successo. 3) *Proteinoterapia.* Trova le indicazioni nelle setticemie meningococciche in cui le iniezioni di latte hanno dato buoni risultati; gli altri metodi sono stati poco utilizzati.

In complesso *nella localizzazione meningea,* in cui la sieroterapia deve essere intensiva e precoce, la batterioterapia completa l'azione del siero; se i metodi specifici si mostrano insufficienti, si ricorrerà all'ascesso di fissazione. *Nelle setticemie meningococciche,* alla sieroterapia si aggiungerà la batterioterapia, eventualmente per via endovenosa; se poi questa non dà l'effetto atteso, si metterà in opera la pioterapia asettica o si faranno le iniezioni di latte.

M. PERRIN e A. HANNS. — *I rapporti del simpatico e delle ghiandole endocrine in patologia.* — Si ammette come dimostrata la funzione regolatrice e secretoria del simpatico sulle ghiandole endocrine, funzione che può talora essere deviata nel senso di un eccesso o di una insufficienza di eccitazione delle cellule ghiandolari. D'altra parte però, si deve anche ammettere che a loro volta i prodotti delle ghiandole endocrine agiscano da eccitanti o da depressori del simpatico. Gli OO. esaminano quindi:

1) *Affezioni endocrine a sintomatologia simpatica.* — Le modificazioni delle funzioni ghiandolari endocrine portano dei disturbi nel funzionamento del sistema nervoso organo-vegetativo, che dànno luogo ai sintomi dell'affezione. In una prima categoria, si hanno sintomi dovuti direttamente all'apparecchio organo-vegetativo, p. es., i sintomi cardiovascolari, oculari, cutanei del morbo di Basedow. quelli cardiovascolari degli addisoniani. Nella maggior parte dei casi, tali sintomi sono provocati da disturbi di secrezione delle ghiandole endocrine. Il morbo di Basedow e quello di Addison si distinguono poi perchè i sintomi essenziali delle due malattie provengono dal sistema nervoso organo-vegetativo e sono d'altra parte riferibili in entrambi i casi ad un disturbo secretorio endocrino. È proprio per questi casi che si può dire con Pende: «aggiungiamo all'influenza reciproca del sistema simpatico e di quello endocrino la sinergia fisiologica dei due sistemi e comprenderemo la loro perfetta sinergia morbosa». Nelle affezioni di altre ghiandole endocrine si hanno anche sintomi trofici (iperostosi degli acromegalici) e modificazioni dello sviluppo, di cui ci sfugge la natura esatta e che non sappiamo se riferire a modificazioni nervose o ad azione diretta degli ormoni. Vi sono anche sintomi d'ordine simpatico, ma secondari ed accessori, ve ne sono altri ipervagotonici o ipersimpaticotonici, rivelati dalle prove farmacodinamiche. Nel gruppo poi delle neurosi vasomotrici, angio- e trofoneurosi, si hanno affezioni con sintomi direttamente organo-vegetativi, dei quali la natura nervosa si desume solo dal loro carattere vasomotore, dalla loro frequente simmetria e dall'assenza abituale di lesioni del sistema arterioso.

2) *Affezioni in cui il simpatico ha una parte ausiliaria nella genesi dei disturbi morbosi.* — Si tratta delle affezioni cutanee dette distrofiche, specialmente della sclerodermia, ittiosi, ecc., in cui si deve ammettere un meccanismo complesso; la distrofia di origine nervosa serve come da richiamo ad un processo sclerosante di origine ignota.

In tali affezioni esiste indubbiamente un fattore endocrino, ma vi è inoltre un altro fattore patologico tuttora ignoto che contribuisce a provocare la sindrome.

3) *Affezioni in cui il simpatico non fa che modificare il terreno.* — Entrano in questo gruppo le neurosi e le psicosi oltre a sindromi di origine anafilattica (asma, urticaria, ecc.). Gli argomenti in favore dell'intervento endocrino sono analoghi a quelli del secondo gruppo ed analoghe sono pure le obbiezioni, come la mancanza di evidenza di sintomi endocrini, le incertezze anatomo-patologiche. Ma la precisione di certe osservazioni e la evidenza dell'azione terapeutica in qualche caso non lasciano alcun dubbio sulla connessione morbosa.

Rimangono dunque dei dubbi e delle oscurità sulla questione dei rapporti endocrino-simpatici e sulla frequenza e modo di azione. Dal punto di vista patogenetico, l'associazione organo-simpatica può spiegare dei fatti oscuri; da quello della biologia generale, si può trarre una nozione interessante che è quella della preponderanza della tiroide nell'intervento endocrino-simpatico in patologia. L'ipo- o l'ipertiroidismo possono essere quasi sempre invocati nelle affezioni cutanee, neuromotrici, trofiche o nervose; questa preponderanza della tiroide può essere feconda di utili suggerimenti. Vengono in seguito le capsule surrenali e molto lontane da queste, le altre ghiandole endocrine.

V. PACHON. — *Considerazioni fisiologiche sui rapporti funzionali fra il simpatico e le ghiandole endocrine.* — L'O. esamina la vita organica e l'automatismo dell'attività cellulare, la etero-regolazione della vita organica ed il suo doppio meccanico nervoso ed umorale. Passa poi a studiare i rapporti funzionali propriamente detti, diretti e costanti od interferenziali ed eventuali fra il simpatico e le ghiandole surrenali. Per l'O. il concetto di un sistema neuro-ghiandolare, in cui il simpatico e le ghiandole endocrine siano strettamente legati, ha contro di sè molteplici fatti sperimentali. Invece lo studio dei rapporti fra simpatico e surreni dimostra l'indipendenza e l'autonomia funzionale del sistema simpatico; è probabile però che i due meccanismi — simpatico ed endocrino — che regolano la vita organica si incontrino in azioni interferenziali per aggiungere, diminuire o turbare i loro rispettivi effetti. Si deve quindi cercare di riconoscere la parte di ciascuno nella genesi delle deviazioni organiche, senza però introdurre nelle dottrine mediche attuali il concetto di simbiosi organica con un carattere assoluto. Evitiamo la tendenza di applicare in modo prematuro alla patologia dei dati che sono tuttora incerti e sappiamo attendere, applicandoci al lavoro minuzioso del particolare, che solo può permetterci di arrivare ai concetti generali da cui deriveranno le nostre direttive pratiche.

A. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnostica delle adenopatie inguinali.

Se ne occupano Massia e Lacassagne (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 1923, n. 81).

Escluse le affezioni acute o croniche che simulino una adenopatia inguinale (epiplocele infiammato, ernie crurali, testicolo ectopico, flebile della safena, ascessi, idrocele congenito, cisti, varici, tumori solidi), le adenopatie inguinali vere possono essere un epifenomeno di una reazione linfatica generale, o possono essere localizzazioni morbose solo dell'inguine.

Adenopatie generalizzate. — Si hanno nel corso di malattie infettive acute e nel decorso di affezioni croniche. Nella difterite e nella così detta febbre ghiandolare sono maggiormente interessate le stazioni alte del corpo: nel morbillo i gangli sono percettibili ovunque. Nella peste bubbonica sono maggiormente sviluppati gli inguinali.

Fra le affezioni croniche si rammentano:

1) *Sifilide secondaria* con adenopatie multiple iniziali, a gangli separati, indolori, in tutte le stazioni, da non confondersi con le adenopatie satelliti del fatto primario.

2) *Prurigo di Hebra* (patogenesi ancora oscura): con le papule di prurigo e con la lichenificazione della pelle si ha rapida ipertrofia, specie all'inguine, al collo ed all'ascella, delle ghiandole corrispondenti.

3) *Mycosi fungoide.* — Particolarmente sviluppate all'inguine, le gh. che in principio erano come delle nocciole separate e mobili, conglomerano in masse voluminose grandi anche come un arancio, nelle quali non è più possibile individualizzare gli elementi primitivi.

4) *Linfoadeniti generalizzate.* — È tutto un gruppo di affezioni del sistema ghiandolare, differenti fra loro per le modificazioni della formula sanguigna. Ricordiamo: *a) leucemia acuta*, con ipertrofia gh. moderata, tumore di milza, febbre, emorragie nasali e gengivali, evoluzione rapida. Nel sangue: cellule indifferenziate; *b) leucemia cronica*. Modesta nella *l. mieloide*, l'ipertrofia gh. nella l. linfoide cronica a volte è enorme e simultanea al collo, ascella, inguine: milza grande, senza prurito o febbre. Nel sangue predominano le cellule mononucleari; *c) M. di Hodgkin* o *Adenia eosinofilica prurigena di Favre* (granuloma maligno dei tedeschi), l'ipertrofia gh. interessa l'inguine solo in secondo tempo, dopo il collo

e l'ascella: caratteristiche sono la evoluzione per *poussées* febbrili successive, adenopatie dure, prurito molto accentuato, e nel sangue anemia progressiva con leucocitosi (con polinucleosi ed eosinofilia intermittente); *d) Pseudoleucemia.* Ha casi diversi, non chiari, caratterizzati ematologicamente da leucocitosi moderata con linfocitosi; studi in corso cercano di classificarle: in qualche caso si tratta di l. linfatica che avrà solo tardivamente le caratteristiche turbe sanguigne; in altre si tratta di reazioni iperplasiche infettive, nelle quali la sifilide può non essere estranea. *e) Linfoadenite sifilitica* (terziaria), rara, senza febbre o prurito, con milza grossa, a gangli medi, diffusi, rapidamente risolventi con la cura specifica; *f) Linfoadenite tbc.* È rara, con grossi pacchi gh. duri, senza tendenza alla suppurazione. Manca il prurito ed in genere manca la febbre. La formula sanguigna dà linfocitosi con leucocitosi variabile: spesso necessita la biopsia e l'inoculazione alla cavia.

Adenopatie localizzate all'inguine: 1) *Suppurate o in via di suppurazione.* Sono principalmente secondarie ad ulceri molli dei genitali, dei contorni dell'ano, o, caso anatomicamente difficile a comprendere, del collo uterino. Gli AA. ricordano il linfogranuloma inguinale sub acuto di Nicolas e Favre, il bubbone tubercolare primitivo ed il bubbone piodermitico.

2) *Non suppurate - Sifilide primaria.* Segue di una settimana la comparsa dell'ulcera, con questi caratteri: adenopatia a sviluppo medio, qualche volta anche visibile, dura, indolente, mobile, poliganglionare, con un ganglio in genere più voluminoso degli altri, laterale, bilaterale, o crociata. Adenopatie con questi caratteri o confermano la facile diagnosi se coesiste chiaro il fatto primario: o la facilitano se l'accidente primario non è chiaro; o ne testimoniano la pregressa esistenza, permettendo così una diagnosi retrospettiva.

Herpes genitale, zona, blenorràgia acuta, piodermiti e lesioni tbc. degli arti inferiori possono provocare adeniti inguinali non suppuranti.

Le *neoplasie* della sfera genitale, degli arti inferiori e dell'addome interessano sempre i gangli inguinali.

Le *linfoadenie generalizzate* solo eccezionalmente possono esordire dall'inguine, e da qui rapidamente invadere le altre stazioni gh. La diagnosi di *Linfosarcoma* è difficile: in questo caso ed in ogni altro egualmente spinoso la clinica deve ricorrere alla biopsia, all'istologia, alla batteriologia, all'ematologia per precisare una diagnosi.

PERSIA.

CASISTICA E TERAPIA.

CUORE E VASI.

La stenosi mitralica a forma aritmica.

Questo vizio cardiaco che Huchard chiamava aritmia palpitante, dà luogo spesso ad errori di diagnosi specialmente gravi per il malato se il medico pensa di trovarsi dinnanzi ad un caso di aritmia nervosa. Si tratta talvolta di un individuo giovane con il cuore sregolato e con extrasistoli; il medico dichiara una aritmia nervosa ed ordina un trattamento sedativo e le cure dello stomaco, ma il malato non migliora. Esso prova sempre della dispnea nelle salite e si lamenta di malessere precordiale; un brutto giorno si manifesta un embolismo cerebrale o polmonare, in sèguito alla stenosi mitralica rimasta ignorata. Altre volte questa aritmia con i suoi periodi di accelerazione e di rallentamento, traversati da extrasistoli fa pensare ad una miocardite auricolare. Se l'individuo è ancor giovane ed ha avuto la sifilide, si pensa ad una miocardite sifilitica e si istituisce un trattamento specifico senza risultato.

Trattasi invece di una stenosi mitralica che può essere complicata da uno stato nervoso, che ha preceduto forse una sifilide contratta in seguito, senza che nè l'uno nè l'altra siano in causa. La diagnosi è spesso difficile; C. F. (*Journal des praticiens*, 6 ottobre 1923) seguendo le indicazioni di Huchard consiglia di somministrare la digitalina (V-X goccie della soluzione al 1 ‰) per 3-4 giorni di seguito; questa prova terapeutica rinforza le contrazioni cardiache e permette di percepire un rumore od uno sdoppiamento del secondo tono fino allora inavvertiti, e di fare quindi la diagnosi. Allora si continua a prescrivere la digitalina a scopo terapeutico, V gocce della detta soluzione per 3-4 giorni la settimana. È necessario continuare in tal modo allo scopo di evitare le embolie, che sono dovute a coaguli formatisi nelle cavità cardiache dilatate; la digitalina impedisce le dilatazioni e deve essere quindi continuata senza arresto; essa costituisce il mezzo più efficace di opporsi alla produzione di embolie, che sono la complicazione più temibile.

fil.

Aneurisma toracico scambiato per una malattia addominale acuta.

W. Mallory (*Journal A. M. A.*, 1923, p. 1356) riferisce il caso di un uomo di 61 anni che dopo un pasto abbondante fu preso alle 7 pom. da fieri dolori nella regione precordiale. Alle 9 p. m. gli fu lavato lo stomaco e l'intesti-

no, ma ciò non diede sollievo all'infermo, il quale sedeva piegato in due, tenendo una mano all'epigastrio. La pelle era pallida, fredda, madida. Il respiro era superficiale, ma non accelerato. Polso 75, duro, pieno, regolare. Negativa l'ascoltazione sul cuore e sui polmoni. L'addome era teso, rigido, dolente specialmente all'epigastrio. Leucociti 29,000. Pressione arteriosa massima 220, minima 110.

Persistendo i dolori dopo sei ore si scartò l'ipotesi di una angina abdominis, e si pensò ad una sindrome addominale acuta, perforazione dello stomaco o della cistifellea, trombosi mesenterica, pancreatite emorragica. La laparotomia esplorativa non rivelò nulla di anormale. Sei giorni dopo l'infermo improvvisamente morì, e all'autopsia fu trovato un grosso aneurisma dissecante all'estremo distale dell'arco dell'aorta, con versamento emorragico nel mediastino (più antico) e nella pleura sinistra (più recente). La origine della succlavia sinistra era compresa nell'aneurisma.

DORIA.

Influenza degli ioduri alcalini nei malati artero-cardio-renali.

L'incertezza vigente e nel meccanismo d'azione e negli effetti terapeutici di un medicamento di cui la clinica così largamente si giova ha indotto Tuadri e Spina (*Annali di Clin. Med.*, 1922, fasc. III) a sperimentare su ammalati con intense e diffuse alterazioni arterio-sclerotiche, nei quali quindi netta fosse l'indicazione clinico-terapeutica degli ioduri.

La media dei valori della pressione arteriosa *Mx*, *Mn* e differenziale (*p*) — alla quale ultima vien data la maggior importanza quale indice della pressione costante sotto la quale il cuore lavora —, della viscosità e dei coefficienti sfigmo-viscosimetrico $\left(\frac{p}{V}\right)$ e sfigmo-idrurico $\left(\frac{H}{p}\right)$ ottenuti dopo aver messo gl'infermi per più giorni ad un regime uniforme di vita, è servita di base per i confronti coi dati raccolti durante la somministrazione del farmaco.

Le misurazioni fatte prima della somministrazione del medicamento hanno permesso di constatare che, contrariamente all'affermazione del Martinet, per il quale tensione e viscosità sanguigna sono spesso in rapporto inverso, l'ipertensione si accompagna sempre ad iperviscosità.

Somministrando il medicamento, nella dose di 2-4 gr. pr. d., nei primi 3 giorni si nota: diminuzione più o meno spiccata della pressione differenziale; azione incostante nella viscosità; scarsa azione nel comportamento del coefficiente $\frac{p}{V}$; nessuna azione nel quantitativo urinario delle 24 ore (*H*) ma manifesto aumento del coefficiente $\frac{H}{p}$.

Dopo 11 giorni: permane l'azione ipotensiva; aumenta il valore viscosimetrico, diminuisce il coefficiente $\frac{p}{V}$, permane incerta l'influenza su *H*, si fa più manifesto l'aumento del coefficiente $\frac{H}{p}$.

Dopo 21 giorni: conferma dei risultati già ottenuti.

La somministrazione sino a tolleranza di una dose giornaliera maggiore (5 gr.) fatta in 4 ammalati ha fornito risultati identici.

Da ciò gli AA. concludono: che alla ipertensione si associa sempre iperviscosità; che dosi terapeutiche di joduri alcalini in individui arterio-sclerotici ipertesi abbassano la pressione arteriosa e aumentano la viscosità; la diminuzione del coefficiente $\frac{p}{V}$ e l'aumento del coefficiente $\frac{H}{p}$ indicano le migliorate condizioni del circolo. Nell'insieme, dunque, gli ioduri sono da considerare come benefici in questi infermi.

P.

La riabilitazione della scilla come medicamento cardiaco.

La scilla, ancora usata come diuretico, era stata del tutto abbandonata come medicamento cardiaco sia per il contenuto variabile dei bulbi in principî attivi, sia anche per i possibili disturbi che possono provocare alcuni principî che essa contiene. Recentemente Mendel si è levato contro i timori che si avevano su tale medicamento, non avendo mai osservato in seguito al suo uso alcun segno di irritazione renale anche in malati con reni malati; quanto alle nausee ed ai vomiti sarebbero meno frequenti che con l'uso della digitale. In questi ultimi tempi poi è stato isolato il principio attivo cristallizzato, designato con il nome di scillarene, il quale sarebbe privo di qualsiasi azione tossica.

Le indicazioni della scilla sarebbero date dalle insufficienze diastoliche che provocano la stasi venosa e linfatica specialmente nel dominio della porta; tali indicazioni corrispondono a quelle antiche secondo cui la scilla si doveva usare nelle idropisie che si manifestavano al di sotto della linea epigastrica. Secondo L. Cheinisse che espone l'argomento in una rivista sintetica (*La Presse médicale*, 4 a-

gosto 1923), la scilla, o meglio il suo principio attivo, è indicata quando il malato non reagisce alla digitale, sia per una particolare disposizione, sia perchè sottoposto da troppo lungo tempo alla medicazione digitalica. La scilla sarebbe ancora indicata per mantenere i risultati ottenuti con la digitale, evitandosi con essa ogni pericolo di accumulo, nonchè nelle lesioni del fascio di His in cui la trasmissione dell'onda contrattile tra le orecchiette ed i ventricoli è male assicurata (sindrome di Stokes-Adam). In tali casi la scilla, non aderendo al tessuto cardiaco, rinforzerebbe le tre proprietà fondamentali del cuore: eccitabilità, contrattilità e conducibilità.

La scilla viene ora fornita in compresse contenenti ½ mg. di principio attivo (2-4 al giorno) od in soluzione contenente la stessa quantità in un cmc. (XL-L gocce al giorno). Si fanno anche iniezioni con fiale contenenti 1/2 mg. del principio attivo, nei rari casi di intolleranza gastrica. *fil.*

Inconvenienti delle alte dosi di olio canforato.

Sono stati segnalati inconvenienti tossici e cutanei. G. Bonnamour (*Jour. de méd. de Lyon*, 20 agosto 1923) insiste sul fatto che la canfora può essere tossica e può produrre convulsioni e disturbi cardiaci. La si deve evitare nei casi in cui l'ossigenazione dell'organismo lascia a desiderare, specialmente in certe aritmie extrasistoliche, nel diabete grave, nella cachessia avanzata, nelle intossicazioni da ossido di carbonio e da gas illuminante, nelle polmoniti doppie, nelle setticemie gravi, nelle eclampsie e nei bambini insufficientemente nutriti. Le dosi elevate ripetute troppo spesso possono produrre tumori a sviluppo lento e progressivo, che possono determinare dolori violenti con tendenza alla recidiva ed anche diventare l'origine di metastasi e di tumori maligni. L'A. consiglia di non oltrepassare nell'adulto 20 cmc. di olio canforato al 1/10 nelle 24 ore e di accontentarsi nel bambino di un cmc. per anno ogni 24 ore.

fil.

IGIENE.

Villeggiatura e tubercolosi.

Si va sempre più diffondendo tra le classi cittadine l'abitudine della villeggiatura, che diventa talvolta una vera frenesia per seguire la moda, sicchè si abbandonano le comodità della propria casa per rinchiudersi in ambienti insufficienti che lasciano molto a desiderare sotto diversi aspetti. Quando invece si sia scelta una buona abitazione, in una località adatta e si segua un tenore di vita opportuno, è indubitato che la villeggiatura avrà un effetto benefico non solo sull'organismo dei bambini e dei giovani, ma anche su quello degli adulti che ne ritornano riposati e ritemprati. Nelle campagne, però, per un complesso di circostanze, la sorveglianza igienica è assai meno curata che nelle città e non è raro il caso di villeggianti che ritornano con malattie infettive, come si osserva spesso per la febbre tifoide; in certe città (Parigi) si è osservata una recrudescenza fra i casi di rogna fra i ragazzi che ritornano dalla villeggiatura.

Alle comuni malattie infettive bisogna aggiungere ora anche la tubercolosi, che, come è noto, si è assai diffusa e non solo in Italia ma nelle campagne.

Quivi essa è da temere nelle case private e negli alberghi che non sono affatto sorvegliati e che ricevono spesso dei tisici contagiosi che vanno in campagna per cercarvi l'aria ed il sole.

La profilassi della tubercolosi nei villeggianti, al di fuori delle cautele individuali, non si presenta facile, perchè si ricollega a tutto il problema della lotta antitubercolare nelle campagne. Nei piccoli centri però la sorveglianza sulle famiglie con tubercolosi è più agevole ed applicando le nostre disposizioni di legge che impongono la denuncia in caso di partenza o di morte di un tubercoloso, si potrà in molti casi intervenire utilmente. Potranno essere utili gli avvisi e le conferenze, ma molto di più si otterrà con la propaganda spicciola, fatta dal medico di buona volontà, tanto più se si arriverà a convincere il contadino, essenzialmente egoista, che il suo interesse si confonde con quello della società e che con il benessere di questa è legato il suo vantaggio. Buoni effetti potrebbero ottenersi quando i proprietarii di alberghi e di pensioni dei luoghi di villeggiatura comprendessero l'utilità di far disinfettare le stanze dopo la partenza di ogni pensionario, lasciando così nel nuovo arrivato una maggiore fiducia. In generale non sarebbe nemmeno necessaria una disinfezione a fondo,

bastando quella del pavimento, ricorrendo solo in casi di dubbî fondati o di denunzia del medico alla disinfezione generale. L'Enit, che va svolgendo un'opera fattiva in pro' dell'industria alberghiera, potrebbe essere di molto aiuto incitando gli albergatori agli accennati provvedimenti. Certamente anche il pubblico va educato in tal senso, poichè non è da escludersi che persone ignoranti possano invece essere allarmate da una disinfezione diretta a proteggerle da possibili malattie.

Ad ogni modo è bene che la possibilità di una diffusione della tubercolosi anche per mezzo della villeggiatura venga prospettata, sia per consigliare le opportune cautele ai villeggianti, sia soprattutto per attuare tutti i mezzi adatti per combattere la tubercolosi nelle campagne ed impedire la sua diffusione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. P.:

Consulti: A. Weil; Elementi di radiologia o il Jaugeas (ed. Masson, solo per la radiodiagnostica). Per le ordinazioni può rivolgersi a qualsiasi Casa libraria (Bocca, Treves, Hoepli, ecc.).

MILANI E.

All'abbonato n. 1887:

Confronti il recente libro di Guilleminot (Masson, ed.), « Electrologie et Radiologie », per la parte riguardante le correnti di alta frequenza e il loro impiego in medicina e il libro pur esso recente di Bordier (Baillière, ed.), sulla diatermia e il suo impiego nelle varie malattie.

Può essere utile anche il libro di Delherm « Electrologie » (Maloine, edit.).

M. E.

All'abbonato n. 3463:

Confronti e consulti: Laboruerie « Elettricité médical en clientele » (Maloine, ed.); Delherm e Laquerriere « Elettrologie » (idem), o il noto libro di Nogier « Electrothérapie » ove ella può trovare raccolto in non grande mole tutto quello che desidera (Baillière, editore).

M. E.

Ai dottori S. P. da Biancavilla e abb. n. 8111:

Abbiamo risposto più volte a quesiti del genere; consultino gli indici delle ultime annate, alle voci « Bibliografia » e « Indicazioni bibliografiche ».

All'abb. n. 1995:

Ci siamo già occupati della febbre glandolare nel 1922, p. 136.

All'abb. n. 1518:

Abbiamo risposto altre volte a domande del genere. Consulti gl'indici delle ultime annate alle voci: « Bibliografia », « Indicazioni bibliografiche ».

P.

VARIA.

Sull'origine filogenetica dei riflessi profondi.

L'A. ricorda il suo concetto sul significato del fenomeno di Babinski. Esso ricorderebbe i movimenti della funzione di prensione, filogeneticamente più antica, e che ha quindi costituito dei centri nel midollo, mentre il riflesso normale, in rapporto con la perfetta plantigradità peculiare dell'uomo, è di acquisizione più recente ed ha un centro corticale.

I riflessi profondi non si possono provocare per tutti i muscoli, ma solo per quelli che hanno un tono molto intenso. I più costanti sono il rotuleo e l'Achilleo; essi, mancando l'influenza moderatrice cerebrale, possono esagerarsi fino a dare il clono.

I muscoli provvisti di un forte tono spinale sono in rapporto coi cosiddetti riflessi tonici o posturali di Sherrington.

Essi sono quelli che si contraggono più energicamente nella rigidità decerebrata (Sherrington) e nelle contratture postemiplegiche, e che partecipano alle sincinesie. Nei mammiferi, a differenza degli anfibi e dei rettili, gli arti sopportano il peso del corpo, dapprima solo durante la propulsione, e, più tardi nella filogenesi, anche nel riposo; di qui la necessità di una maggiore stabilità, ottenuta in parte mercè la particolare forma delle articolazioni, coi loro robusti legamenti, e in parte con l'aumento del tono di certi muscoli. Così, al ginocchio, l'unico movimento che può impedire la rigidità dell'arto è la flessione; a ciò viene posto riparo con un aumento del tono degli estensori.

Però a poco a poco la funzione di sostegno tende a concentrarsi negli arti posteriori, mentre gli anteriori si vanno specializzando nell'afferrare e avvicinare gli oggetti, ad es. il cibo, e si costituiscono i corrispondenti meccanismi spinali.

L'obbiezione della brevità del tempo di reazione, per cui fu creduto che il rotuleo fosse un riflesso idiomuscolare, non regge, perchè si hanno esempi, negli animali, di riflessi indubbiamente spinali con tempo di reazione altrettanto breve.

(M. ASTWAZATURON. *Journ. of nervous and mental diseases*, giugno 1923).

DORIA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Brevi osservazioni sul nuovo regolamento per la profilassi contro le malattie venereo-sifilitiche.

Ora che il Ministero degli Interni ha pubblicato alcuni schiarimenti sul nuovo regolamento, non crediamo nè intempestivo, nè inutile fare intorno ad esso alcune osservazioni che una lunga pratica ci ha convinto doversi tenere in conto praticamente.

Se sono opportunissimi gli schiarimenti ora comunicati dal Ministero, pubblicati nel fascicolo 44 di questo Periodico, e se dobbiamo con soddisfazione riconoscere, che il nuovo Regolamento è assai migliore dell'antecedente, ci sia permesso però di osservare che avremmo veduto con molto compiacimento attuata la costituzione, che da tempo invochiamo quale complemento necessario, di un Corpo scelto speciale per la polizia dei costumi e per una costante oculata vigilanza delle prostitute specie isolate, clandestine, e minorenni.

Codesto corpo speciale dovrebbe esercitare la sua difficile e delicata mansione, coordinandola con quella della Direzione sanitaria provinciale e dell'Ispettorato sanitario.

A rendere maggiormente proficua questa nuova organizzazione di vigilanza gioverebbe la fondazione, anche in Italia, di una *Lega per la profilassi morale*, come in Francia ed altrove, alla quale dovrebbero partecipare altresì le Associazioni abolizioniste.

Se l'articolo primo del nuovo Regolamento con saggio provvedimento impone la denuncia obbligatoria di ogni caso di manifestazioni sifilitiche contagiose riscontrate nelle Scuole, negli Istituti di educazione, di cura, negli opifici industriali, ed in ogni collettività, ecc., siamo per altro d'avviso che sarebbe provvido estendere tale obbligo ai casi di *sifilide prenuziale* contro l'illogica osservanza del segreto professionale.

Non ci sembra poi troppo equa la disposizione (articolo 4), che fa obbligo solamente ai Comuni Capoluoghi di Provincia, o di popolazione superiore ai 30,000 abitanti, di istituire Dispensari per la profilassi e la cura gratuita della sifilide e delle malattie veneree. Anche non poche città di popolazione inferiore ai 30,000 abitanti, non sede di provincia, avrebbero necessità di un Dispensario celtico ben organizzato se vuolsi estendere ovunque la lotta contro il terribile flagello della sifilide che dilaga, specie dopo la guerra, ovunque nei piccoli centri.

Reputiamo pure dannoso per la profilassi che le donne accolte in locali di meretricio possano con il consenso dell'autorità sanitaria provvedere direttamente alle proprie cure al di fuori delle case di meretricio, perchè spesso si metteranno in mano di medicastri, o di medici inesperti nella diagnostica e nella terapeutica speciale sifilitica o blenorragica.

Non crediamo che possa avere valore pratico neppure la diffida imposta dall'articolo 22, ad una meretrice trovata infetta, di astenersi cioè da ogni commercio sessuale, fino a nuova visita del medesimo medico. Bisogna conoscere la mentalità depravata, subdola, falsa di non poche abbiette venditrici della loro carne per temere da esse di ogni inganno, di ogni disprezzo di leggi, di regolamenti.

Senza dubbio acciò il nuovo Regolamento porti i vantaggi desiderati, è necessario, che venga rigorosamente interpretato ed efficacemente applicato, provvedendo in particolare maniera a reprimere la prostituzione clandestina e quella più pericolosa e più degradante delle minorenni.

Non si deve pertanto negare che non siasi fatto un passo importante mercè questo Regolamento contro la diffusione delle malattie veneree e sifilitiche, ma molto rimane ancora da fare, e specialmente la costante propaganda sui danni terribili che esse portano alle popolazioni. Ma di tutto ciò altra volta.

Prof. D. BARDUZZI.

QUESTIONI PRATICHE.

LXXI. — Il ricorso contro le deliberazioni della della Commissione giudicatrice dei concorsi.

Le deliberazioni delle Commissioni giudicatrici dei concorsi non sono provvedimenti definitivi, sicchè, contro di essi non può essere prodotto, senz'altro, ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Esse sono invece atto preparatorio e presupposto della deliberazione di nomina, la quale è impugnabile alla IV Sezione anche per motivi di incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere inerenti alle deliberazioni ed agli atti della Commissione.

Questa norma è stata confermata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 7 aprile 1923, n. 340, ric. Tretola.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici ex ufficiali combattenti.

Il R. Decreto 24 maggio 1923, n. 1163, che istituisce una speciale medaglia di benemerenza per i volontari della guerra italo-austriaca 1915-1918, estende la concessione di essa a diverse categorie di militari, i quali abbiano partecipato alle operazioni belliche per spontaneo arruolamento o ritorno nell'Esercito operante o per spontanea rinunzia al diritto di dispensa dal servizio militare per ragioni di ufficio o di età. All'atto della mobilitazione generale del 22 maggio 1915 gli studenti universitari inscritti regolarmente nelle Facoltà di medicina e chirurgia tutti avevano il diritto di essere arruolati nel corpo di sanità militare. Molti di essi invece, rinunziando spontaneamente al privilegio consentito dalla legge, si arruolarono volontariamente all'arma combattente e operante partecipando ai primi due corsi allievi ufficiali di complemento che ebbero luogo a Modena (dal luglio all'ottobre 1915).

Non sarebbe atto di vera giustizia estendere anche a questa categoria di autentici volontari di guerra (che contano nelle loro file dei morti gloriosi e mutilati e feriti) il diritto di fregiarsi della speciale medaglia di benemerenza istituita con R. Decreto 24 maggio 1923? Nessuna differenza difatti troviamo tra lo spirito di sacrifizio di coloro che, rinunziando alla dichiarazione di non idonei al servizio di guerra per ferite riportate o per infermità, siano andati spontaneamente a far parte dell'Esercito operante (art. 36 del Decreto citato) e lo spirito di sacrificio di questi studenti di medicina i quali, potendo per legge godersi la sicurezza relativa degli ospedali territoriali e degli ospedaletti da campo, rinunziarono al diritto di essere incorporati in Sanità arruolandosi spontaneamente nell'Esercito operante?

Dal beneficio verrebbero naturalmente esclusi quegli ufficiali di arma combattente che risultarono inscritti in medicina e chirurgia dopo lo scoppio della guerra italo-austriaca e che non potendo godere del diritto dei loro colleghi — perchè revocato dai comandi di Corpo d'armata — parteciparono ai successivi corsi di Modena e di Caserta. Il diritto alla medaglia commemorativa sarebbe, in altri termini, riservato a quegli studenti in medicina che all'atto della mobilitazione generale chiesero e ottennero l'ammissione alla scuola allievi ufficiali di complemento di Modena.

Il compito della concessione della medaglia potrebbe essere facilitato con l'incaricare la Scuola militare di Modena, la quale, per quella perfetta organizzazione che la distingue in tutto il mondo, curò di prender nota a suo tempo delle Facoltà in cui erano inscritti gli allievi dei suoi primi due corsi di complemento.

L'on. prof. Cirincione, convinto che la domanda è giustificata sotto ogni riguardo, nella sua qualità di presidente del fascio medico parlamentare, si è fatto interprete presso l'on. Mussolini del desiderio di questi medici che, modesti quanto valorosi, hanno fino ad oggi taciuto.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuaz.; v. fasc. 25*).

Corpo d'Armata di Bologna.

	Lire
Col. M. Cheleschi Camillo	130
Col. M. Riva Umberto	65
Ten. Col. M. Stefano Umberto	60
Ten. Col. M. Tirelli Elio	60
Ten. Col. M. Giannelli Alessandro	60
Magg. M. Riccò Ettore	50
Magg. M. Rinaldi Giuseppe	50
Magg. M. Galante Carlo	50
Magg. M. Porcara Isidoro	50
Cap. M. Vetuschi Pasquale	40
Cap. M. Comelli Umberto	40
Cap. M. Giongo Franco	40
Cap. M. Sacco Rosario	40
Cap. M. Musto Pasquale	40
Cap. M. Mignani Vittorio	40
Cap. M. Lampis Edoardo	40
Magg. M. Vannini Giuseppe	100
Ten. M. Massa Filippo	35
Cap. M. Gogioli Giuseppe	40
Cap. M. Gasperini Ercole	40
Cap. M. Martelli Diego	40
Cap. M. Zonno Leonardo	40
Cap. M. Melotti Giulio	40
Cap. M. Agnini Leone	40
Cap. M. Veronesi Umberto	40
Ten. M. Pecilli Antonio	35
Ten. M. Guidi Alessandro	35
Ten. M. Creazzo Arcangelo	35
S. Ten. M. Gadani Angelo	30
Cap. M. Bugliari Giuseppe	40
Cap. M. D'Ettorres Giuseppe	40
S. Ten. M. Domenici Luigi	30
Ten. M. Bolognini Luigi	35
Cap. M. Tancredi Aristide	40
Ten. M. Nanni Carlo	35
S. Ten. M. Schioppa Luigi	30
Ten. M. Tedeschi Nicola	35
Dott. Armanni Lodovico	60
Dott. Ricchi Gino	20
Dott. Baldi Celestino	20
Dott. Ghillini Andrea	20
Dott. Seganti Antonio	20
Prof. Grandi Umberto	30
Magg. M. Magnaghi Guido	50
Magg. M. Mignemi Francesco	50
Cap. M. Machi Sebastiano	40
Cap. M. Raffone Alfonso	40
Ten. Col. M. Romano Enrico	50
Ten. Col. M. Paolillo Stanislao	70
Ten. Col. M. Borellini Alberto	70
Ten. M. Bolognini Luigi	70
Cap. M. De Paris Augusto	80
Gen. M. R. M. De Rienzo Michele	50
Medici Civili di Conegliano	70
Ten. M. Ambrosi Luigi	70
S. Ten. M. Adami Felice	30
Ten. M. Santorsola Domenico	35
Cap. M. Ferrari Mario	40
Magg. M. Alfonso Luigi	50
Cap. M. Reggiani Pietro	80
Magg. M. Tommaselli Vito	100
Prof. Putti Vittorio	100
Prof. Frangioni Carlo	100
Prof. Dagnini Giuseppe	100
Prof. Gnudi Antonio	150
Magg. M. Manganaro Carmelo	50

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARBORO (*Novara*). — L. 6000 pel 10 % della popolaz., addizion. L. 3, per uff. san. L. 500, primo c.-v., trasp. L. 300. Scad. 3 dic.

BERRA (*Ferrara*). — Condotta; stip. L. 10,000 oltre L. 3000 quote complementari. Stato di famiglia. Scad. 30 nov.

BOLOGNA. *Consiglio amministrativo degli Ospedali.* — Comprimari pei gabinetti di Radiologia e Analisi. Scade 30 novembre. Titoli ed eventualmente prova pratica. Laurea da almeno 6 anni e non oltre 15. Certificati di carriera. Chied. annunzi.

CAMPOFIORITO (*Palermo*). — L. 5000 e 5 quadrienni dec., per 500 pov.; L. 3 addizion. fino a 1000 pov., L. 5 oltre; L. 500 uff. san. Scad. 30 novembre.

CANNERO (*Novara*). — Kmq. 7, ab. 1263; L. 4000 per 300 pov., addiz. L. 4, per uff. san. L. 500, indenn. alloggio L. 500, doppio c.-v. Scad. 30 nov.

CAPRALBA (*Cremona*). — Scad. ore 15 del 31 dic. L. 7750 resid., aumentabili del 50 % in 20 anni di servizio; addizionale L. 2000 pei poveri; L. 1500 trasp.; L. 300 uff. san.; L. 300 ambul.; doppio c.-v. Abitanti 1660.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 15 dic. Vedi fasc. 47.

FRAZZANÒ (*Messina*). — L. 5000 per 500 pov., lire 500 quale uff. san. e l'indenn. c.-v.; addizion. L. 5. Scad. 10 dic. Ab. 1320, posizione amena.

GENOVA. — Medico capo del Laborat. medico-micrograf. Età lim. 40. L. 13,000 e 4 trienni di lire 500, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di Segreteria, Sez. Personale. Scad. ore 16 del 30 nov.

IMOLA (*Bologna*). — *Congregaz. di Carità.* — Medico assistente all'Ospedale S. Maria della Scaletta; L. 4000 e c.-v., alloggio person., vitto nei giorni di guardia. Scad. 30 nov. Età anni 35. Nomina per un anno, possibile riconferma per non più di due anni. Chiedere annunzio.

MANTELLO (*Sondrio*). — Consor. di tre comuni; L. 5250 elevabili a L. 6000 dopo il biennio di prova; trasferta L. 1400; trasporto L. 2500; uff. san. L. 500. doppio c.-v. Scad. 30 nov.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte; a tutto 15 dic.; L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua (*sic*), riconferma per l'anno successivo.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assist. interno residente nell'Osped. tubercolotici del Comune di Milano a Garbagnate; lire 4500 oltre L. 1000 indenn. resid., alloggio, illuminaz., riscald. e vitto; pernottam.; guardie. Docum. al Protocollo (via Ospedale, n. 5) non più tardi ore 16 del 15 dic. Età lim. 39. Cinque copie titoli a stampa. Esami. Per informaz. rivolgersi Direzione Medica Istituti Ospitalieri.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per 5 frazioni: L. 6000 oltre le indenn. c.-v. per 1000 pov.: L. 2 addiz.; L. 1000 resid. povera se meno di 300 abbienti; L. 1000 cond. disagiata; 3 quinquenni decimo; ab. 3300. Età lim. 35. Scad. 40 g. dal 25 ott.

NOCETO (*Parma*). — Stip. L. 6500; c.-v. L. 2400; cav. L. 3200; scad. ore 12 del 30 nov. Direz. Osped. Pavesi e ambulat. senza maggior compenso. Serv. entro 15 giorni.

ROCCA DI BOTTE (*Aquila*). — A tutto il 30 nov.; L. 6000 oltre L. 500 uff. san. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Tariffa predisposta dal R. Commissario per gli abbienti ed i semi-abbienti. Ab. 965 accentrati. Chiedere annunzio.

ROMA. *Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.* — Medico. Scad. 30 nov. Vedi fasc. 47.

S. VINCENZO VALLE ROVETO (*Aquila*). — Scad. 10 dic. Capoluogo. L. 6000 residenziali, L. 600 uff. san., L. 2000 cav. Prossima staz. ferrov.

SERNAGLIA (*Treviso*). — A 30 giorni dal 1° nov. Ab. circa 4200. Fino a 1000 pov. L. 6000, addizion. L. 2, trasp. L. 2500 con obbl. di cavallo o di automezzo, se uff. san. L. 400, alloggio, 5 quinquenni dec., c.-v. Età lim. 45. Accettaz. preventiva variazioni o modificazioni capitolato.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Consor. con Vallio; abit. 2200; L. 7000 e 5 quinq. di L. 700; uff. san. L. 300; mezzo trasp. L. 1000; addiz. L. 3 oltre 1/3 della popolaz. Vicinanza tram, ferrovia.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Sono vacanti alcuni posti di medici praticanti con assegno di L. 300 mensili. Dirigere le richieste di schiarimenti e le domande alla Direzione Sanitaria.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 novembre. Uff. sanit. Vedi fasc. 43.

VILLAVERLA (*Vicenza*). — Scad. 30 nov. L. 7200. Condotta agglomerata.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Cannero (Novara).

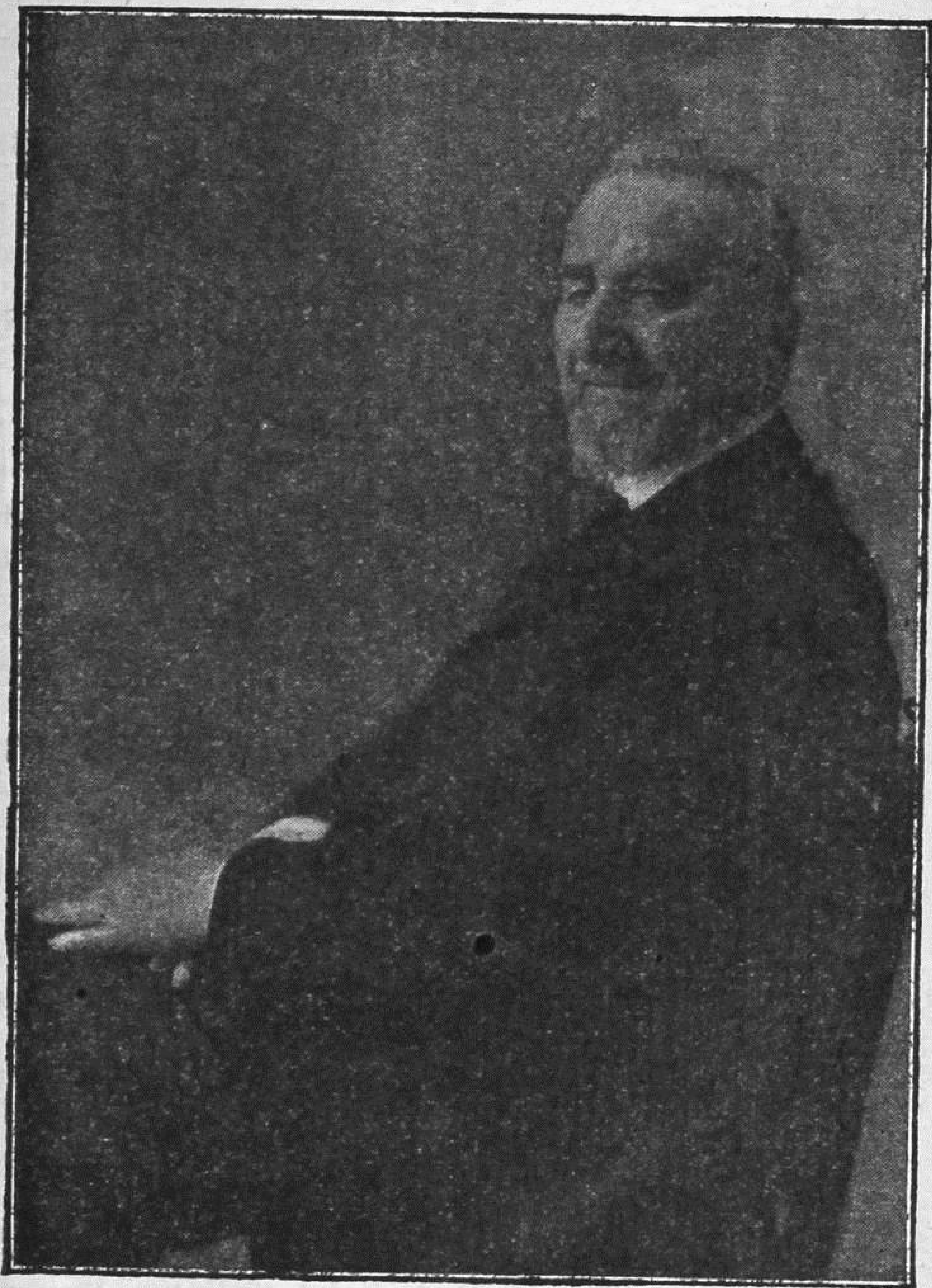
NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al dott. Mario Monacelli, di Fabriano, da poco laureatosi a Roma, è stata conferita, su proposta dei proff. Alessandri, Antonucci e Margarucci, la borsa di studio per il perfezionamento in patologia e clinica chirurgica istituita dal Pio Sodalizio dei Piceni a ricordo del compianto prof. Gaetano Mazzoni.

PIO FOÀ.

La sera del 6 ottobre serenamente si chiudeva la nobile esistenza del senatore PIO FOÀ, professore di Anatomia patologica all'Ateneo Torinese.

L'alta fronte pensosa, il nobile volto, l'occhio vivido e lampeggiante, il sorriso buono ed arguto si componevano in pace nella maestà della morte ed Egli riposava sul Suo letto di dolore tranquillo come un buon operaio che, ultimata la sua feconda giornata e deposte le armi del lavoro, si adagia sereno nella coscienza del dovere compiuto. Ma pur nella fredda immobilità pareva che da



quei Suoi lineamenti energici e vigorosi, resi dalla morte ancor più scultorei, trasparisse pur sempre l'indomita volontà del lavoro e dell'azione, che furono la gioia e la forza della Sua vita.

Mantovano di nascita e di famiglia — ebbe i natali a Sabbioneta nel 1848 — respirò fin dall'infanzia quel soffio potente di sentimento patrio, di odio all'oppressione straniera, di bisogno di libertà che squassava il nostro Paese ed accendeva gli spiriti più forti ed audaci. E giovinetto visse l'epopea garibaldina, seguendo volontario l' Eroe sulle aspre roccie di Bezzecca, e temprando il corpo agli ardimenti della pugna e lo spirito alle visioni dell'amor di patria e di giustizia, che mantenne purissimo fino all'ultimo respiro. Anche durante la nostra grande guerra Egli visse con incrollabile entusiasmo la lunga passione: e non si limitò a partecipare con l'ansia del cuore e con la forza del desiderio alle epiche giornate del nostro Esercito, ma portò fra le truppe la Sua parola infiammata di fede ed i fremiti del Suo spirito gagliardo superando, malgrado l'età, i disagi e le fatiche della vita al fronte.

Animo pugnace ed ardito amò la lotta e l'aperta contesa, gettandosi talora nella mischia con un impeto fiero e combattivo che potè forse sembrare anche un po' rude. Ma nel fondo dell'anima un grande sentimento di bontà dominava, sentimento ch'Egli trasse dal fascino profondo di generosità di Giuseppe Garibaldi e dall'ideale nobilmente umano di Alessandro Manzoni. Sovente il Maestro mi ricordava la potente attrazione che quelle due grandi figure — pur così diverse — esercitarono sul Suo spirito: di Garibaldi l'anima ardente e battagliera, assetata di libertà e di giustizia; di Manzoni l'anelito costante ed alto del bene e dell'amore. Ed Egli aveva sentito la potenza di quelle due forze penetrare il Suo intelletto e il Suo cuore e dare forme più pure alle manifestazioni della Sua anima, onde amò raccogliere i voli irrequieti del Suo fervore combattivo in un ideale di bontà umana e profonda. Di qui germogliò quel Suo caldo amore alle opere sociali, che lo condusse a farsi apostolo infaticato della lotta contro la tubercolosi, contro il cancro, contro le malattie sessuali ed a sostenere con la parola e con l'opera numerose istituzioni benefiche, quali le Colonie alpine, la Casa del Sole, la Casa del Gogliardo, ecc. Pareva che in questo desiderio di bene, si intenerisse l'animo Suo fiero e si placassero le passioni, che nel tumulto della vita non potevano non agitare un uomo che fortemente sentiva e voleva.

Dedicatosi con appassionato entusiasmo agli studi di medicina, si sentì irresistibilmente attratto verso le ricerche biologiche e sprezzando i facili guadagni, che il vivido ingegno e la smagliante parola avrebbero potuto in altri campi offrirgli, si immerse austeramente nella disinteressata indagine scientifica. I Suoi progressi furono rapidissimi: allievo ed amico di Bizzozero, vinti premi di perfezionamento all'interno ed all'estero, pubblicati i Suoi primi lavori, Egli apparve come una forza sicura e rigogliosa della patologia. A 27 anni fu incaricato dell'insegnamento dell'anatomia patologica a Modena e dopo aver vinto il concorso, iniziò quella scuola che, continuata poi a Torino, educò allo studio delle alterazioni del corpo umano due generazioni di giovani e portò alla cattedra cinque allievi. Fu un lavoratore entusiastico ed inesauribile: si può dire che del lavoro aveva il culto e quasi la frenesia e che nel lavoro si rinnovellasse perennemente la Sua energia fattiva. La Sua produzione scientifica fu vasta e poderosa e lascia orme non cancellabili. Alcuni argomenti di studio furono da Lui prediletti e condussero a fecondi risultati: sopratutto lo studio degli organi ematopoietici perseguito per molti anni, lo rese uno degli ematologi più apprezzati e profondi: ed accanto a questo gli studi sulla biologia del pneumococco, di cui per primo distinse due varietà, quelli sulla infiammazione, sulle capsule surrena-

li, sull'azione dei sieri citotossici, sui rapporti tra fegato e milza ed altri ancora che sarebbe qui troppo lungo enumerare.

Fu un insegnante di classica forma: le Sue lezioni, pur nella loro profondità, fluivano limpide, piane, armoniche talora argute e anche senza artifici oratori sapevano incatenare l'attenzione degli studenti, toccando sempre una efficacia didattica certo non superabile.

Egli comprendeva bene che l'insegnamento raggiunge tutta la sua forza, quando non sia soltanto nuda esposizione e quasi trapasso di sapere, ma quando sia vivificato dall'amore di ciò che si dona e di quello verso le persone a cui si dona. Lo studente aveva la sensazione sicura ch'Egli dava generosamente quanto il Suo ingegno e il Suo lavoro gli avevano fatto conquistare e lo amava anche per questo Suo nobile altruismo così scevro di gretta gelosia.

Come direttore di laboratorio fu un suscitatore di energie, un animatore di idee. Chi sentiva con Lui la fatica? Pareva che la Sua formidabile resistenza al lavoro, il Suo caldo entusiasmo, la Sua inesausta brama di sapere si trasfondessero nei Suoi allievi, li rendessero più agili e fattivi, li spronasse a produrre senza curare la stanchezza del travaglio.

Ottimista di natura, sognatore eterno e talora ingenuo, odiava lo scetticismo e non poteva sopportare gli schernitori beffardi d'ogni iniziativa anche irrealizzabile. Questa Sua ferma fede, che lo faceva cozzare contro ogni ostacolo ed avanzare contro corrente, lo rendeva talora sdegnoso verso i tepidi e gli sfiduciati, onde Egli li allontanava bruscamente da sè.

Negli ultimi anni della Sua carriera sorse e maturò nella Sua mente il proposito di fare opera scientifica di italianità con la pubblicazione di un trattato di Anatomia patologica, che francasse il Paese dalla soggezione verso l'estero. A questo lavoro dedicò ogni Sua energia e già stava coronando l'ardua fatica, quando la morte lo ghermì improvvisa e lo spense.

Fu morte sul campo del lavoro, morte degna di Lui.

Così si chiuse una vita nobilmente ed intensamente vissuta. Sia onore alla Sua memoria.

FERRUCCIO VANZETTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Nel Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Demmo a suo tempo notizia che il comm. Lutrario fu proposto, con altri dieci nomi, dall'Ufficio Internazionale di Parigi alla Società delle Nazioni quale membro del Comitato permanente di igiene. Ora si apprende che in seguito a votazione unanime è riuscito eletto rappresentante italiano.

Esprimiamo i nostri rallegramenti all'illustre uomo, che si è reso tanto benemerito del nostro Paese nel campo dell'igiene e dell'assistenza sanitaria.

Scuola medico-periziale giudiziaria e delle assicurazioni sociali in Genova.

Un corso per il conferimento del diploma di perito medico-giudiziario e delle assicuraz. soc., istituito con D. M. n. 20946 del 6 sett. 1920, avrà la durata dell'anno accademico.

Domande entro il 10 dicembre alla Segreteria dell'Università (via Balbi): tassa di L. 300. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Istituto di Medicina Legale (via A. Bertani, 5).

La partecipazione della C. R. I. alla mostra internazionale di Strasburgo.

All'Esposizione internazionale d'igiene che la Francia ha organizzata a Strasburgo in onore di Luigi Pasteur, l'Italia partecipa con un suo padiglione che, per le proporzioni e per l'eleganza dell'insieme, si distingue tra quelli delle nazioni straniere.

Fra le opere di assistenza primeggiano quelle della Croce Rossa Italiana, la quale ha esposto tutti i documenti che comprovano la sua attività svolta dopo la guerra nelle opere di assistenza sanitaria sociale.

La C. R. I. avrebbe voluto mostrare anche gli esemplari del magnifico materiale di pronto soccorso che possiede nei suoi magazzini, costruito per l'assistenza ed il ricovero delle popolazioni colpite da gravi disastri e da epidemie. La deficienza di spazio nel Padiglione italiano, in confronto alla vasta area che sarebbe stata richiesta specialmente dei mezzi di ricovero ha limitato la mostra ai soli grafici, alle fotografie degli schemi e delle tavole illustrative, racchiuse in semplici ed eleganti cornici.

Per l'assistenza all'Infanzia essa ha esposto le riproduzioni fotografiche delle sue principali colonie temporanee e permanenti.

Nel reparto della « lotta contro la tubercolosi » la C. R. espone le fotografie dei suoi Sanatori, dove trovano assistenza e cure gli ex militari di cui fu accertato durante la guerra il terribile male.

Per la « malaria » nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine la C. R. ha estesa la sua opera benefica istituendo ambulanze, dispensarii, posti di soccorso, scuole, con medici propri ed infermieri specializzati che curano la propaganda igienica, distribuiscono chinino, percorrono chilometri di territorio per la ricerca, la cura e il trasporto di malarici.

Un'altra benefica assistenza è quella rivolta agli operai sul lavoro; le fotografie riproducono i figli, le madri lavoranti negli opifici, che vengono nutriti e curati in asili industriali annessi agli opifici stessi.

Da questo breve quadro di tutta l'opera della C. R. I. esposta a Strasburgo, risulta quale contributo di sforzi e di risultati essa abbia portato nel movimento sanitario sociale moderno.

Per la lotta contro il cancro.

Ad iniziativa dell'Associazione Romana fra i Cultori dell'Elettrologia e della Radiologia, si è riunita nell'aula dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia dell'Università di Roma il 23 ottobre u. s. un'assemblea di medici per istituire in Roma un Centro Regionale per la lotta contro il cancro.

Intervennero alla riunione alte personalità scientifiche, primari d'ospedale, numerosissimi medici pratici. Erano presenti anche i rappresentanti della Croce Rossa, del Sovrano Ordine di Malta e della Sanità Pubblica.

Sono state gettate le basi per la nuova Società; si è nominato un Comitato provvisorio e quale presidente è stato designato il prof. Ghilarducci, per acclamazione. A questo Comitato si è dato incarico della compilazione del regolamento.

Scopi del Centro sono gli studii, la terapia e specialmente la propaganda pratica fra i medici e fra le popolazioni, perchè si possa ottenere che l'infermo venga curato nelle migliori condizioni per assicurare il successo.

Per la lotta contro l'alcoolismo.

Il Consiglio direttivo della Sezione Laziale dell'Associazione Italiana per l'Igiene (Associazione presieduta dal prof. Sclavo), ha preso in esame nella sua ultima riunione l'importante questione della lotta contro l'alcoolismo.

Ha approvato unanimemente i savi propositi del Governo Nazionale ed ha discusso anche sulle razionali trasformazioni dell'industria vinicola, rilevando come sia possibile dare maggiore sviluppo alla fabbricazione dei prodotti alimentari, quali sciroppi, gelatine, conserve, aceto, alcool per usi industriali, ecc.

La esauriente discussione è stata concretata nel seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio direttivo della Sezione Laziale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, plaudendo alle recenti disposizioni del Governo Nazionale sul consumo degli alcoolici;

«considerato come le restrizioni disposte costituiscono un primo passo nella benefica lotta contro uno dei maggiori flagelli sociali, qual'è l'alcoolismo;

«convinto che i provvedimenti presi non possono che transitoriamente produrre limitati danni economici a particolari categorie di industriali e di commercianti, danni per altro d'importanza immensamente inferiore a quelli prodotti dall'eccessivo uso dell'alcool, e ai quali in ogni modo sarà facile in breve tempo ovviare mercè razionali trasformazioni nella speciale industria;

fa voti

«che il Governo perseveri nell'azione intrapresa e che i Prefetti si avvalgano con ogni cautela, della facoltà loro data di eccezionali concessioni, affinchè non siano frustrati i benefici che dalle provvide disposizioni è lecito attendere.

Per la prevenzione delle malattie nervose e mentali.

La Società Italiana di Neurologia, su proposta del presidente prof. D'Abundo, direttore della Clinica Psichiatrica di Napoli, nella seduta del giorno 5 novembre, ha approvato a voti unanimi il seguente voto:

«La Società Italiana di Neurologia nel suo VI Congresso (Napoli 1923), udita la relazione del prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, sull'azione svolta dall'Istituto stesso, per mandato della Società di Neurologia, nel campo della propaganda per la prevenzione delle malattie nervose e mentali;

«plaude all'attività fin qui svolta dall'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, e

«conferma il mandato già conferito al detto Istituto dalla Società di Neurologia (Congresso di Firenze 1921), ed affida alla già esistente Commissione (senatore prof. Leonardo Bianchi, prof. Lugaro, prof. Cerletti), cui si aggiunge il prof. Coppola, di definire col Direttore dell'Istituto il programma futuro di propaganda».

La lotta contro la tubercolosi.

La Commissione esecutiva del Consorzio antitubercolare della provincia di Milano ha deliberato di richiedere il decreto di obbligatorietà previsto dalla legge, risolvendo così la questione degli stanziamenti in bilancio dei contributi e delle esazioni.

È stato pure studiato l'aumento del contributo attuale (lire 0.05 per abitante), quota troppo scarsa per una azione qualsiasi: senza arrivare alla quota di lire 0.50 (come a Cremona e Pavia) è necessario sia elevata per sopperire ai bisogni sempre crescenti.

Anche la questione dei dispensari in provincia può dirsi risolta: 14 dispensari funzionano già con risultati ottimi e si darà mano attivamente al completamento del loro numero che dovrà aggirarsi sui 20 per essere sufficienti ai bisogni della provincia. Molti di essi sono già allo studio e nella prima metà del 1924 saranno compiti ed unificati nella direttiva.

Sono intervenuti preliminari accordi nelle provincie finitime per l'estensione della lotta antitubercolare e venne indetto un convegno per il concretamento del piano generale di azione, già predisposto dal Consorzio di Milano.

La nuova Clinica Pediatrica di Bologna.

Ne dà notizia il prof. Carlo Francioni sulla «Rivista di Clinica Pediatrica» di agosto. Era prima accolta nel Policlinico di S. Orsola; da un anno è passata nell'Ospedale Gozzadini, il quale occupa una vasta area ai piedi delle colline di

Barbiano e S. Donato ed è composto di cinque padiglioni a due piani, divisi in reparti completamente indipendenti, forniti ciascuno di tutti i servizi necessari ed arredati con ricca suppellettile; i padiglioni comunicano fra loro mediante passaggi sotterranei, i quali li congiungono anche col vicino Policlinico di S. Orsola, da cui per questa strada ricevono biancheria e viveri; la clinica possiede laboratori, aula scolastica, biblioteca, gabinetto di terapia fisica, gabinetto radiologico e, nei giardini vasti e ricchi di belle piante, un *solarium*. La capacità complessiva supera i 200 letti. L'ambulatorio avviatissimo permette ai medici di seguire una interessante casistica.

Nella stampa medica.

La *Rivista di Oto-Neuro-Oftalmologia*, diretta dal prof. Q. Di Marzio, risponde a un nuovo bisogno. Gli organi di senso fanno parte integrale del sistema nervoso e, per questo motivo, frequenti rapporti intercedono fra la neurologia, la oftalmologia e l'oto-rino-laringologia, per quanto queste tre discipline differiscano profondamente nella tecnica diagnostica e terapeutica. La nuova rivista — di cui vede ora la luce il primo fascicolo — si propone di rispecchiare e di promuovere l'intesa fra le tre branche; di disciplinare i lavori di concatenazione; di accogliere le ricerche che le accomunano, senza volere per questo dissociare la funzione dei singoli archivi delle specialità.

Tre Maestri dello stesso Ateneo, i proff. Mingazzini, Cirincione e Ferretti, hanno preso sotto il loro patrocinio la coraggiosa e simpatica iniziativa alla quale auspichiamo un lieto successo.

Borsa di studio Wassermann per la terapia fisica.

La Ditta A. Wassermann di Milano ha elargito la somma di L. 8000 per una Borsa di perfezionamento all'estero in Terapia Fisica a favore di un laureato della Università di Bologna, per l'anno 1923-1924. La Borsa è stata assegnata al dott. Cesare Patrizi, assistente della Clinica Medica.

È questo un lodevole esempio dell'interessamento dell'industria a favore della Scienza: esso merita di essere imitato.

Anniversario di laurea.

Il 29 ottobre convennero a Milano otto medici superstiti fra i laureati a Pavia nel 1881, per festeggiare il loro 42º anniversario di dottorato. Erano fra essi il dott. comm. Enrico Villa, direttore de «L'Avvenire Sanitario», e il dott. Legnani, reduce da lunghissima residenza nell'Uraguay.

La crisi della assicurazione - malattie in Inghilterra.

Il 18 ottobre si tenne a Londra la conferenza annuale dei medici delle assicurazioni.

Venne deliberato ad unanimità di rigettare le proposte avanzate dal Ministro dell'Igiene, consistenti essenzialmente in un compenso capitario annuo di scellini 8 con contratto di 6 anni, ovvero di scellini 8 e 6 pence per la durata di 3 anni, e nella tutela esercitata sui medici dalle Società Mutue.

Sovratutto il mantenimento di questa tutela destò decise avversioni nella classe medica inglese.

Per derimere la controversia si è deliberato di venire ad un arbitrato, come si fece tre anni or sono.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 3 dicembre Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DEI RR. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO
E ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO
DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO.

Il Bismuto nella cura della Sifilide.

Osservazioni del prof. A. PASINI, direttore.

Due anni di esperienza di un medicamento verso una determinata malattia non sarebbero certo bastevoli a dire con sufficiente ed attendibile criterio del suo valore, se le osservazioni e gli esperimenti al riguardo non si fossero svolti e succeduti in grandissima copia ed in condizioni di ricerche sistematiche, già ben tracciate per lo studio di altri medicamenti precedenti.

Così è del Bismuto per la sifilide. Tosto comparso ebbe credito dal nome autorevole del suo maggior presentatore, il Levaditi, e fu adottato dai sifilografi in folla, che lo impiegarono nella sifilide tanto sperimentale che umana, e cercarono — sulla falsa riga di quanto fu fatto per gli arsenobenzoli — di sviscerarne virtù ed inconvenienti, azione biologica e proprietà curative. Ne emerse questo risultato riassuntivo: *che il Bismuto possiede un'azione terapeutica incontestabile nella sifilide, in grado maggiore o minore a seconda delle diverse preparazioni, ed in qualsiasi periodo del suo decorso: che le virtù terapeutiche del Bismuto non risultano finora offuscate da inconvenienti gravi, mortali: che esso merita pertanto di occupare un posto importante accanto al mercurio ed agli arsenobenzoli.*

***

Il fare dei richiami bibliografici, anche solo per sommi capi, delle pubblicazioni comparse in questi due anni, tanto in Italia che all'estero, intorno al Bismuto comporterebbe uno spazio troppo grande per l'indole riassuntiva di questa nota, e preferisco attenermi ai richiami che si renderanno opportuni, volta per volta, dalla esposizione dell'argomento.

Preparazioni usate. — Il bismuto fu ed è impiegato in varie forme. Allo stato di *metallo precipitato* in sospensione oleosa, come nel Neotrepol. Allo stato di *metallo colloidale*, come nel Bismuto colloidale o Jonoide di Bismuto. Allo stato di *sale di Bismuto*, come nel primitivo Tartrobismutato di Potassio e di Sodio, o Trepol, di Sazerac e Levaditi. Sotto le prime due forme, di metallo precipitato o colloi-

dale, subì scarse modificazioni ed innovazioni. Come sale ebbe, per parte dei chimici, preparazioni così numerose, che ben difficile può riuscire l'enumerarle tutte, nonchè l'averle tutte sperimentate, anche avendo una grande disponibilità di ammalati.

Attenendomi pertanto alle sole preparazioni che ebbi sicuro campo di valutare in due anni di impiego, sopra circa trecento sifilitici degenti, con manifestazioni contagiose in atto, nell'Istituto Dermosifilopatico dell'Ospedale Maggiore, ed in altri numerosi ammalati curati ambulatoriamente, impiegai il Bismuto in tutti i suoi diversi stati. Come *metallo precipitato* col Neotropol di Chenal e Douilhet. Come *metallo colloidale* col Bismuto colloidale Zambeletti. Come *sale* col Trepol, tanto il primitivo che il successivo indoloro, o tartrobismutato di potassio e di sodio di Chenal e Douilhet: col Luatol, o tartrobismutato di potassio e di sodio soluto dell'Istituto Nazionale Chemioterapico; con l'Arsenobismutato sodico o Bismarsolo dello Zambeletti; con l'Allosan o Metilarseniato doppio di Bismuto e di Sodio ed il Novallosan o Metilarsino bitrobismutato Sodico dell'Istituto Biochimico Italiano; con lo Spironal I, II e III (i due primi soluti, il terzo in sospensione) o Citrobismutato di sodio di Boniscontro e Gazzone; con il Bismogenol o Bismuto acido ossibenzoato di E. Tosse & C. di Amburgo; con l'Oleato di bismuto in sospensione per iniezioni intramuscolari e col Tartrobismutato sodico soluto per iniezioni endovenose di Hoffmann e La Roche di Basilea.

Minore numero di esperienze ebbi campo di fare col Neobiolo dell' I. C. I., combinazione dell'Arsenobenzolo col Bismuto, e che si adopera per via endovenosa.

Alquanto difficile torna il definire le dosi precise con le quali il Bismuto si può e si deve impiegare, variando esse notevolmente dall'uno all'altro preparato.

Così per le preparazioni a *metallo precipitato* il Neotrepol contiene il 96 % di Bismuto, ed ha una posologia di ctgr. 20 per due cmc.; si inietta ogni 3-4 dì, e fino a tre grammi per serie. Invece dei preparati a *metallo colloidale* il Bi. Colloidale Zambeletti contiene gr. 0.005 di Bismuto per cmc.; se ne inietta una fiala da 2-5 cmc. ogni 2-5 giorni. Anche per i *sali di Bismuto* varia molto la dose dall'una all'altra preparazione. Il Trepol contiene Bismuto in proporzione del 64 %, e se ne inietta 20-30 ctgr., in 2-3 cmc. per volta, ogni tre-quattro dì, e fino a 3 grammi. Il Luatol contiene 10 ctgr. di sale per cmc., e lo si usa giornalmente per 20-25 giorni. L'Arsenobismutato sodico Zambeletti contiene 1 ctgr. di Bismuto + 5 milligr. di Anidride Arseniosa per cmc.; si inietta in fiale da 2 a 5 cmc. ogni 3-6 giorni, e si fanno periodi di 15-20 iniezioni. L'Allosan è dosato a 3 ctgr. di sale per fiala di due cmc., e se ne fa una iniezione ogni tre dì, fino al numero di 20. Il Novallosan contiene, parte disciolto e parte sospeso, gr. 0.10 di sale attivo, equivalente a gr. 0.034 di bismuto metallico. Si inietta ogni 3-4 giorni. Lo Spironal di I e II grado contiene rispettivamente 1-2 ctgr. di Bismuto elemento per iniezione, e lo si inietta ogni tre dì: lo Spironal III invece contiene 8 ctgr. di Bismuto elemento, sospeso in fiale da 2 cmc., e se ne usa una fiala ogni tre giorni. L'Oleo-Bismuto Roche è preparato in sospensione oleosa al 25 %: contiene ctgr. 10 di Bismuto per ogni fiala da 2 cmc., e se ne introducono per via endomuscolare 12-20 per periodo di cura. Infine il Tartro-Bismuto Roche, in soluzione per uso endovenoso, ha 35 milligr. di Bismuto per cmc., e si inietta con 2-3 giorni intermedi di riposo ed a tolleranza, alla dose di un cmc. al giorno.

Varia quindi notevolmente la posologia dall'uno all'altro preparato, senza che possa invocarsi, come termine uniforme e costante di paragone, il loro contenuto in Bismuto elemento. Se dovesse stabilirsi una proporzione diretta fra attività terapeutica e contenuto in metallo, il Bismuto precipitato, che ha una percentuale di 96, e si introduce per iniezioni a 20 ctgr. per volta, fino a tre grammi per serie, dovrebbe costituire senza incertezze il preparato più attivo. Ciò che non è. Secondo l'esperienza mia personale, e quella di molti altri Autori, il Bismuto precipitato ha una efficacia terapeutica inferiore a quella di parecchi sali, quali il primitivo Trepol, lo Spironal III, l'Oleo-Bismuto, il Bismogenol, il Novallosan, il Quatol, l'Allosan, il Bismarsolo.

Dalle mie numerose osservazioni ritraggo pertanto l'impressione, che fra i preparati di Bismuto i più attivi siano i sali, e fra essi quelli in sospensione (Trepol, Spironal III, Oleo-Bismuto, Bismogenol, Novallosan), e che seguano tosto in attività i sali soluti (Quatol, Allosan, Bismarsolo). Meno attivi mi risultarono i preparati a metallo precipitato (Neotrepol) od allo stato colloidale (Bismuto colloidale).

Si osserva pertanto per il Bismuto ciò che è noto per il mercurio e per gli stessi arsenobenzoli: l'attività dei preparati non è tanto proporzionata al loro contenuto quantitativo in metallo, quanto piuttosto alle speciali formole chimiche nelle quali esso trovasi combinato.

* * *

Azione parassitotropa ed organotropa del Bismuto. — Il Bismuto agisce nell'organismo invaso dalla Spirocheta pallida con azioni molteplici e varie. Col risolvere le manifestazioni cliniche della malattia: risoluzione che avviene in guisa un po' diversa a seconda del tipo delle manifestazioni e del periodo di infezione al quale corrispondono. Col modificare le condizioni umorali organiche rispetto alle reazioni biologiche. Col provocare fatti reattivi, dei quali alcuni costanti ed altri meno nell'organismo stesso.

L'attività del Bismuto sulla manifestazione prima della sifilide recente, il *sifiloma*, si esplica evidentissima, tanto nel ridurre l'infiltrato della lesione, quanto nel determinare la scomparsa, dalla superficie della lesione, della spirocheta pallida.

Come con gli altri medicamenti, mercurio ed arsenobenzoli, anche col Bismuto i sifilomi non regrediscono sempre e tutti con uguale rapidità, ma in tempo vario da una diecina ad una trentina di giorni, a seconda che trattasi di un sifiloma nano o di una forma ipertrofico-gigante, oppure, indipendentemente dal volume, per cause che sfuggono ad una valutazione. In genere vidi riassorbirsi e cicatrizzare rapidamente, in dieci, quindici giorni, i sifilomi dei genitali: in un tempo più lungo, di oltre un mese, 4 sifilomi estragenitali. Un sifiloma del labbro superiore, per il quale istituii la cura col Trepol, nonostante le spirochete fossero scomparse dopo la prima iniezione, richiese per riassorbirsi quindici iniezioni ed oltre due mesi di tempo.

Costante invece è la rapida *scomparsa della spirocheta pallida* dal sifiloma: essa si verifica, di regola, già dopo la prima o la seconda iniezione. L'elemento parassitario non sembra però disparire contemporaneamente dovunque: si dilegua più presto dalla superficie libera che dalla profondità dei tessuti, forse per i più facili fenomeni di ossidazione che ivi si determinano e che possono attivare l'azione del medicamento. Così mi occorse di non rinvenire più spirochete dopo la prima o la seconda iniezione di Trepol alla superficie di due sifilomi iniziali, là dove era possibile ancora metterle in evidenza alla puntura delle ghiandole inguinali satelliti.

Ancor più pronunciata che sulla manifestazione iniziale della sifilide, l'azione del Bismuto è su quelle, numerose e varie, che susseguono, e che appartengono al cosidetto *periodo secondario.* Sopra un gran numero di ammalati con varie forme di roseola, di esantemi maculosi o maculopapulosi o papulosi lenticolari schietti, di sifilodermi papuloulcerosi, di papule umide, di placche mucose orali, di poliadenopatie, di deperimento organico con cefalee, dolori muscolari ed ossei, febbri serotine, ecc., vidi scomparire, dopo la prima o la seconda iniezione, sopratutto usando i sali insolubili, la roseola, gli esantemi maculosi, epitelizzarsi e chiudersi le superfici erose delle placche mucose e delle papule umide, scomparire le febbriciattole serotine, il malessere, le cefalee, i dolori vaghi ed ossei, ritornare uno stato generale di benessere. Alquanto più resistenti si dimostrarono invece gli esantemi papulosi del periodo secondario. In tre casi anzi dovetti rinunciare alla cura bismutica, quantunque praticata col Trepol che è il preparato di Bismuto che risulta il più attivo, per indifferenza curativa del medicamento. V'ha di più. In un quarto caso, anche questo in cura col Trepol, comparve un esantema papuloso diffuso proprio nel mentre un altro esantema papuloso andava stentatamente risolvendosi: e ciò dopo otto iniezioni del sopraccennato preparato.

Molto attivi mi risultarono invece i preparati di Bismuto in due casi di *sifilide maligna* papulopustolosa precoce, uno dei quali aveva resistito al mercurio, ed in altri tre casi di sifilide secondaria tardiva papulo-infiltrativa ulcerosa sparsa.

Con frequenza nei casi di sifilide secondaria, meno sovente nella primaria, osservai all'inizio della cura di Bismuto il fenomeno di Herxheimer, ora più, ora meno pronunciato. Si può avere un leggero aumento transitorio della fenomenologia flogistica del sifiloma: in due casi vidi anche comparire una fugace roseola. Nel periodo ulteriore degli esantemi maculopapulosi con frequenza maggiore si ha una esagerazione sintomatologica al primo iniziarsi della cura bismutica.

Molto sensibili ai sali di Bismuto sono anche le *manifestazioni terziarie* di tipo tuberoso, tubero-gommose e gommose sia chiuse, che necrosate ed ulcerate. I risultati terapeutici in questi casi sono di grande evidenza, in ragione delle notevoli masse infiltrative che sotto la diretta influenza della cura vanno riducendosi, e delle superfici ulcerose profonde che si riparano ed epitelizzano.

Questa azione risolutiva e riparatoria del Bismuto è evidente anche nelle lesioni distruttive delle cavità naturali e delle ossa. Con poche iniezioni di Trepol vidi ripararsi una osteite

gommosa perforante del palato duro. Col Trepol e con l'Oleo-Bismuto osservai arrestarsi il processo distruttivo in due casi di gomme ulcerative sparse della faringe ed avviarsi rapidamente alla cicatrizzazione. In un altro caso di periostite gommosa delle ossa nasali, con partecipazione della cartilagine quadrangolare e minaccia di sfondamento del naso si ottenne un arresto ed una regressione del processo fin dalla prima iniezione di Spironal III.

Il Trepol si mostrò molto attivo inoltre in due casi di *irite specifica*, in altro di *iridociclite*, ed in un altro ancora di *labirintite* sinistra luetica, con sordità dell'orecchio e sintomi di vertigine.

Vantaggi notevoli ritrassi dal Bismuto in diversi casi di *tabe dorsale* e di *paralisi generale*. In questi, ancor meglio dei sali insolubili, mi corrispose l'Arsenobismutato sodico dello Zambeletti, alla dose di 2-5 cmc. ogni 2-4 giorni, ed a lungo continuato, per periodi di 20-25 iniezioni ciascuno. Quantunque i risultati favorevoli siano ben lungi da ciò che si potrebbe chiamare una guarigione, ebbi, nella tabe, miglioramenti notevoli e quasi costanti rispetto ai riflessi rotulei, alla diplopia, ai disturbi della coordinazione dei movimenti ed al segno di Romberg, alla sensibilità e sopratutto ai dolori lancinanti. Nella paralisi generale i miglioramenti riflettono l'imbarazzo della parola, i tremori, le modificazioni del carattere e l'indebolimento intellettuale.

Le risultanze favorevoli nella tabe e nella paralisi, nei sette casi di mia osservazione, seguirono così regolarmente i periodi di cura bismutica, da indurre ad una fondata convinzione di un nesso causale fra terapia istituita e modificazioni sopravvenute. Anche Medea in una recente comunicazione all'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, riferì di aver trovato nel Bismuto un ottimo sussidio terapeutico per la cura della tabe.

Bismuto e reazione di Wassermann. — Molto irregolare mi risultò il comportamento dei preparati di Bismuto rispetto alla reazione di Wassermann, che ebbi cura di saggiare metodicamente secondo il metodo classico originale.

In una prima pubblicazione della primavera del 1922 riferii, che i risultati sierodiagnostici erano stati persistentemente positivi anche dopo 8-10 iniezioni di Tartrobismutato di sodio e di potassio. Avendo tenuto in osservazione gli ammalati di allora con ulteriori ricerche sierologiche, e molte altre osservazioni avendo a quelle aggiunto in circa due anni, mi risulta oggidì, da una più vasta valutazione di insieme, che i preparati di Bismuto, senza afferrabili differenze l'uno dall'altro, influenzano la Wassermann in modo piuttosto irregolare, più di quanto non accada, per solito, con gli arsenobenzoli e sopratutto col mercurio.

A conclusioni analoghe giunge in una recente pubblicazione riassuntiva il Simon, il quale osserva che: «mentre la reazione positiva si mantiene col Bismuto in generale più a lungo, la negativa, una volta raggiunta, sembra mantenersi più a lungo che con l'arsenico».

Dei nostri ricercatori Cacioppo avrebbe trovato la Wassermann rapidamente influenzata. Define influenzata solo dopo cure prolungate. Tommasi si avvicina di più alle mie conclusioni, segnalando come incostante la trasformazione della Wassermann da positiva in negativa.

A somiglianza del Simon vidi anch'io, da caso a caso, diversi tipi di riduzione e trasformazione della Wassermann da positiva in negativa: ora verificarsi in modo abbastanza sollecito dopo sette-otto iniezioni di Trepol: ora ritornare verso il positivo, quando già si era ottenuto un negativo quasi completo alla sesta-settima iniezione: ora discendere molto lentamente al negativo alla undecima, dodicesima settimana di cura, od anche più tardi.

Questi risultati sono in relazione con quanto sostiene, con recenti ricerche, lo Sciarra. Egli attribuisce alla Wassermann soltanto il valore di esponente duraturo di immunizzazione attiva antilipoidea (raggiungibile col mercurio meglio che con gli Arsenobenzoli e col Bismuto), che non può dare, per sè stesso, un criterio sulla efficacia dei rimedi antiluetici.

Come gli arsenobenzoli ed i più attivi preparati di mercurio, anche quelli di Bismuto spiegano inizialmente verso la reazione di Wassermann una proprietà attivante, la quale risulta però meno spiccata che per i precedenti preparati, così come meno spiccato ed evidente è, in genere, anche dal lato clinico, il fenomeno di Herxheimer.

Non trovai differenze notevoli nelle reazioni serologiche al Bismuto fra la reazione di Wassermann, eseguita classicamente secondo il metodo originale, e la Sachs-Georgi.

Insufficienze ed insuccessi del Bismuto. — Accanto a questo complesso di dati clinici e serologici che dimostrano una ben accertata ed ormai indiscutibile azione terapeutica del Bismuto, non mancano però osservazioni le quali pongono in luce, che anche questa nuova sostanza medicamentosa non sfugge all'inconveniente, già noto per il mercurio e per gli stessi arsenobenzoli, di trovare organismi, in cui le manifestazioni sifilitiche o resistono, o si rinnovano tosto cessata la cura.

Fin dalla pubblicazione dello scorso anno resi noto due casi di esantema papuloso del periodo secondario in due giovani donne, che

erano rimaste indifferenti ad otto iniezioni l'una, a nove iniezioni l'altra di Trepol originale, e che in una di esse erano sopravvenuti nuovi elementi papulosi proprio durante la cura. In entrambi i casi le manifestazioni scomparvero rispettivamente con cura mercuriale ed arsenobenzolica. Anche con le preparazioni successive sperimentate durante questo nuovo anno ebbi ad osservare quattro casi di indifferenza al Bismuto, tutti appartenenti ad esantemi papulosi del periodo secondario. Vidi inoltre in parecchi casi tanto di sifilomi, che di esantemi papulosi o di manifestazioni gommose un riassorbimento così lento dell'infiltrato, da essere indotto ad associare al Bismuto delle iniezioni endovenose di arsenobenzoli. La rapidità di scomparsa delle manifestazioni con l'aggiunta degli arsenobenzoli, dimostrò che nei predetti casi esisteva veramente un certo grado di *bismutoresistenza.*

Oltre a fenomeni di bismutoresistenza di fronte a manifestazioni già esistenti notai, con una preoccupante frequenza, il sopravvenire di manifestazioni specifiche nuove a brevissima distanza da manifestazioni precedenti e dalla cessazione di cura bismutica. È proprio di questi giorni il caso di una giovane ventiseienne, sifilitica da un anno, che per insofferenza al dolore delle iniezioni mercuriali e per timore delle iniezioni endovenose, si curò per un anno con ben 52 iniezioni di Trepol, ottimamente tollerate e suddivise in quattro periodi. Alla distanza di due settimane dall'ultima iniezione presentò, in questi giorni, placche mucose alle labbra, con presenza di spirochete e Wassermann positiva! Ed altri sette casi consimili osservai lungo questo secondo anno di metodiche ed intensificate osservazioni.

Vantaggi e preferenze del Bismuto. — Accanto però a questi parziali insuccessi del Bismuto, corre l'obbligo di annoverare ben tosto i suoi pregi non indifferenti e che consistono: nella facoltà di esercitare una benefica azione terapeutica anche in individui che si dimostrarono mercurio- ed arsenoresistenti: in una facile tollerabilità organica in confronto degli arsenobenzoli e dello stesso mercurio.

Il numero degli individui mercurio- ed arsenoresistenti o intolleranti a questi medicamenti, e che sono beneficati dal Bismuto, supera certo quello dei bismutoresistenti, e se l'indole di questa nota lo comportasse, potrei riferire al proposito numerose storie cliniche istruttive. Valga per tutte il caso di un giovane trentaduenne, alcoolista, con esantema papuloso a corimbo al tronco ed irite destra. Si dimostrò indifferente a ben sette iniezioni di calomelano: altre due iniezioni di Neosalvarsan da 15 ctgr. l'una e 30 ctgr. l'altra non diedero miglior risultato, nè poterono essere ripetute per le condizioni poco buone del cuore e del fegato, e per sindrome di crisi nitritoide, sia pur lieve, sopravvenuta entrambe le volte. Fu istituita allora una cura con Trepol indoloro che, oltre ad essere bene tollerata, determinò già dalla seconda iniezione una manifesta riduzione della sintomatologia, la quale scomparve intieramente dopo venti giorni di cura e cinque iniezioni di Trepol.

I preparati di Bismuto risultano pertanto anche a me, sopra una larga esperienza di oltre trecento malati, provvisti di manifesto e spiccato potere curativo nella quasi totalità dei casi di sifilide, con un crescendo in attività dai preparati allo stato colloidale, a quelli con metallo precipitato, ai sali di Bismuto in soluzione, a quelli finalmente in sospensione.

Associazione del Bismuto agli Arsenobenzoli. — Contuttociò ebbi quasi sempre l'impressione, che l'attività dei preparati di Bismuto sia meno energica di quella degli arsenobenzoli, tanto per rapidità di azione distruggitrice verso la spirocheta, che per potenza risolvente verso le manifestazioni cliniche della infezione, e che rispetto a quest'ultima proprietà, i preparati di Bismuto siano in buona parte dei casi non più attivi dello stesso mercurio, considerato almeno nel suo preparato più possente, il calomelano. Pensai pertanto, con saggi preliminari circa eventuali incompatibilità ed intolleranza organica dei pazienti, di avvicendare alle iniezioni intramuscolari di Bismuto delle iniezioni endovenose di arsenobenzoli (Neosalvarsan-Neojacol-Silbersalvarsan-Neosilbersalvarsan). Nell'attuazione pratica di questo programma, che già espletai sopra parecchie diecine di ammalati in vario stadio della malattia, constatai la perfetta tolleranza della cura bismutica intramuscolare ed arsenobenzolica endovenosa, contemporaneamente praticate, ed il grande vantaggio che se ne ritrae per la guarigione rapida delle manifestazioni cliniche. Per altro una simile associazione medicamentosa corrisponde, anche dal lato dottrinale, ai concetti più razionali e moderni di terapia della sifilide.

Reazioni organiche al Bismuto. — Un'ultima proprietà che conferisce al Bismuto un grande pregio nella cura della sifilide è la sua relativa innocuità. Ancorchè sia stato adoperato su larghissima scala da oltre due anni e copiosissima sia fin d'ora la letteratura su di esso, non risulta, per quanto mi sappia, abbia provocato

alcun caso di morte. E ciò non è poco, quando si pensi attraverso a quali tappe dolorose abbiano percorso il loro pur trionfale cammino altri medicamenti nella cura della sifilide.

Ciò non toglie che anche nell'impiego del Bismuto si debba procedere con cautela, poichè, se non la morte, esso può tuttavia provocare inconvenienti non lievi. Il più frequente è la *stomatite bismutica*, che può trasformarsi in una gengivite ulcerosa od anche vegetante (Simon). A spiegazione di essa fu invocata, soprattutto dagli autori francesi come Azoulai, Sezary, Pomaret, ecc., l'associazione spirillare di Vincent. Senonchè la ricerca istochimica dimostra un deposito nero di Bismuto nel connettivo sottomucoso dell'orletto bruno gengivale che suole comparire nei sottoposti alla cura. Ora la trasformazione di questo Bismuto in solfuro nero con l'idrogeno solforato che si forma negli interstizi della cavità orale, può dare sufficiente spiegazione della flogosi gengivale, sulla quale può agire, in modo secondario, la simbiosi fusospirillare di Vincent.

A proposito della stomatite da Bismuto è curioso il fatto che, mentre risultò frequentissima nei primi tempi di impiego di questa sostanza, è diventata ora, anche a parità di dosi, estremamente rara! Basta in ogni modo ad evitarla una grande proprietà della bocca. Serve a guarirla la semplice sospensione della cura bismutica.

Più di rado della predetta alterazione le cure di Bismuto determinano una *albuminuria*, od anche una *nefrite* con cilindri epiteliali, granulosi e jalini. Secondo alcuni Autori, come Blum, Vallon, Simon, la nefrite sarebbe secondaria alla stomatite, e conseguenza di uno stato di setticemia, il cui punto di partenza esisterebbe nella cavità orale.

È ancor dubbio se il Bismuto possa provocare delle *eruzioni cutanee*. Sono stati descritti da autori francesi, Lortat-Jacob, Roberti, Pinard, Marassi, casi di eritema scarlattiniforme desquamativo. Personalmente non ebbi mai a verificare alcunchè di simile.

Garriga riferì di recente intorno a due casi di accidenti vascolosanguigni, a tipo di crisi nitritoide, sopravvenuti in due giovani persone curate col Galismuth. A somiglianza delle crisi nitritoidi determinate da arsenobenzoli, anche le reazioni osservate dal Garriga scomparvero con l'Adrenalina. Nulla di simile risulta sia stato osservato finora da altri autori.

Non rari invece e di osservazione comune sono i *fenomeni di reazione generale:* appena accennantisi in alcuni individui, possono assumere in altri una ragguardevole intensità. I fenomeni consistono in adinamia, malessere, cefalee, anoressia, dimagramento, disturbi gastrointestinali accompagnati ora da costipazione, ora da diarrea e qualche volta da vomito.

Ma se è doveroso mettere il medico sull'avviso di questi possibili inconvenienti del Bismuto — inconvenienti che scompaiono con la sospensione od anche soltanto con l'attenuazione della cura — è altrettanto doveroso rilevare, che nella grande maggioranza dei casi i preparati di Bismuto sono bene tollerati, tanto nella località di iniezione, che dall'organismo in generale. Questo anzi ne ritrae subito un sollievo, che è direttamente proporzionato all'attività terapeutica del Bismuto, ed alla neutralizzazione dello stato di intossicazione generale al quale, al di là delle manifestazioni infiltrative cutanee, mucose o viscerali, soggiace, per il fattore infettivo, l'organismo intiero.

CONCLUSIONI.

Le conclusioni intorno al valore del Bismuto nella cura della sifilide ed alla opportunità del suo impiego scaturiscono logicamente da quanto fin qui si espose.

Prima e più importante conclusione è che il Bismuto, coi suoi diversi preparati, costituisce un medicamento di bene accertata attività nella cura della sifilide. Secondo la mia esperienza esplicano maggiore azione terapeutica i sali in sospensione (Trepol, Oleo-Bismuto, Spironal III, Bismogenol, Novallosan): seguono tosto per valore curativo i sali in soluzione (Quatol, Allosan, Bismarsolo), e vengono quindi i preparati a metallo precipitato (Neotrepol) e quelli allo stato colloidale. L'attività terapeutica non sembra essere tanto e strettamente proporzionata al contenuto quantitativo in Bismuto metallico, quanto alla speciale costituzione chimica del preparato.

Seconda importante deduzione è, che il Bismuto si dimostra attivo nella sifilide tanto come parassitotropo, quanto come organotropo. Rispetto alle diverse manifestazioni cliniche esplica maggiore potere risolutivo verso il sifiloma, verso le placche mucose, le papule umide erosive, le manifestazioni tubero-gommose e gommose, sia delle parti molli che delle ossa, verso le forme infiltrative-ulcerative del periodo tardivo. Tale azione si manifesta sia con una rapida scomparsa dell'elemento parassitario, che con un sollecito riassorbimento degli infiltrati, ed un'azione riparatrice-epitelizzante in superficie.

Ancora molto attivi trovai i preparati di Bismuto in casi di sifilide maligna papulo-pustolosa, di irite e di irido-ciclite specifica, di labirintite. Risultati degni di considerazione si

ottengono nella tabe dorsale e nella paralisi generale; ancorchè non si possa parlare di guarigione avviene sovente una vantaggiosa attenuazione ed una sosta dei sintomi. Potere curativo meno spiccato i preparati di Bismuto sembrano avere verso le manifestazioni eritematose ed eritematopapulose secche del periodo secondario.

Non tutti i sifilitici sono sempre ed ugualmente sensibili al Bismuto. Vi sono indifferenze al Bismuto come ve ne sono al mercurio ed all'arsenico, e cioè si possono incontrare dei *sifilitici bismutoresistenti*. Gli insuccessi del Bismuto sono però largamente ricompensati dalla eventualità più frequente di sifilitici che, intolleranti o indifferenti verso il mercurio e verso gli arsenobenzoli, si dimostrano tolleranti e molto sensibili al Bismuto.

Mercurio, Arsenico e Bismuto si possono pertanto considerare tre metalli che si sussidiano vicendevolmente nella cura della sifilide. Lo stabilire fra di essi una graduatoria non è cosa facile, nè che permetta di esprimere, almeno per ora, un giudizio preciso e sicuro. Milian crede di valutare l'Arsenico con *10*, il Bismuto con 7, il Mercurio con *4*. Ora se tutti si può convenire sopra una indiscutibile superiorità degli Arsenobenzoli di fronte al Bismuto ed al Mercurio, personalmente non saprei, venendo ai due ultimi metalli e dalla esperienza di un biennio, pronunciare un giudizio di convinzione per una graduatoria fra questi. Pur avendo constatato indubbi e solleciti risultati terapeutici dai preparati di Bismuto (specie dai sali in sospensione) non ho ottenuto, sempre, risultati così netti e costanti quali è dato osservare, per esperienza di decenni, dal migliore fra i preparati mercuriali, il *calomelano*. Di guisa che, quando questo ultimo energico preparato mercuriale sia ben tollerato, penso meriti ancora la preferenza, o almeno una valutazione di uguaglianza, di fronte alle attuali preparazioni di Bismuto.

Comunque prevale oggidì nella terapia della sifilide il concetto, di vincere le sensibilità dell'organismo invaso dalla spirocheta pallida col saturarne i vari chemocettori mediante diverse sostanze associate e fra loro compatibili, quali mercurio + arsenico, argento + arsenico. Ora l'esperienza di oltre un anno e sopra un buon numero di ammalati mi ha appunto dimostrato, che non solo è perfettamente tollerata, ma torna altresì utilissima una terapia associata e contemporanea di Bismuto intramuscolare e di Arsenobenzoli endovenosi.

Milano, 1° ottobre 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SCHIO.
DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. CARLO MARIANI.

Su di un caso di stenosi pilorica di origine biliare

per il dott. GILE BRENDOLAN, assistente.

Abbastanza di frequente alla colelitiasi si accompagna peritonite attorniante e lesione dei visceri vicini, tra cui il piloro è uno di quelli più facilmente lesi; ci sono anzi delle esperienze di Canner che tendono a dimostrare, come ogni perturbamento nella funzione dell'apparato biliare alteri la funzione pilorica. Già nel 1900 il Boari riferiva al Congresso di Chirurgia due casi di stenosi pilorica di origine biliare, in uno dei quali aveva praticato la colecisti-enterostomia e gastro-enterostomia retrocolica; nella stessa occasione un altro caso, operato dal Durante di semplice colecistectomia, veniva citato dall'Alessandri. Non è quindi per la novità che mi sono deciso ad illustrare il seguente caso capitato all'osservazione in questa divisione Chirurgica, ma perchè esso si presta a considerazioni diagnostiche e terapeutiche abbastanza interessanti.

B. Maddalena, anni 60, di Malo, viene ricoverata il 6 maggio u. s con diagnosi di colelitiasi. Raccolta la storia, nulla di notevole risuta dall'anamnesi, sia famigliare che collaterale. La paziente non ha sofferto in passato di alcuna malattia degna di nota, non avendo avuto che qualche lieve disturbo reumatico di poca entità; le sue funzioni gastriche ed intestinali, sulle quali naturalmente cercammo le maggiori informazioni, furono sempre buone. Due mesi prima dell'ingresso in Ospedale, in pieno benessere, fu colta da dolore all'ipocondrio destro; tale dolore con frequenti riacerbazioni è sempre continuato. Da quando son cominciati questi disturbi è diminuito l'appetito e l'alvo si è fatto irregolare, alternandosi, a periodi di diarrea, periodi di stitichezza. Nega di aver mai avuto vomito nè itterizia e non sa dare notizie della temperatura corporea.

All'esame obbiettivo si nota donna di costituzione buona, ma in preda a deperimento marcato; quello poi che più risalta è il pallore della pelle e delle mucose. L'esame dei vari organi ed apparati non rivela alcunchè di interessante. Solo il fegato è ingrandito alla percussione e deborda dall'arco costale: il suo bordo è grosso, duro e bernoccoluto; l'incisura sagittale destra, o della vescichetta, non si percepisce, ma pare che la parte destra del bordo epatico si continui colla sinistra, o media, e nel punto di unione sia quasi ingrossata. Le ricerche dell'albumina, dello zucchero e dei pigmenti biliari nell'urina sono assolutamente negative.

Non ostante nella storia ci fossero molti dati, che facessero pensare ad una lesione della cistifellea, e tale fosse la diagnosi con cui era stata inviata, nonostante questo, dato il reperto obbiettivo specie a carico del fegato, venne il dubbio che si trattasse invece di un tumore epatico.

La donna infatti aveva 60 anni, e si sa che il cancro del fegato, come quello degli altri organi è più frequente per gli individui di età avanzata; c'era il deperimento rapido ed il colorito terreo più proprio di queste forme che della colecistite: mancava anche ogni colica biliare pregressa e la malata era stata perfettamente bene fino a due mesi prima. Quelli però che in modo particolare avevano fatto sorgere e convalidavano il nostro dubbio erano i caratteri palpatori del fegato: si sa bene infatti che l'aumento di volume è il sintoma più frequente del carcinoma (secondo alcuni si ha nel 90%) aumento che in qualche caso è molto precoce e rapido; il bordo era duro, grosso e bernoccoluto, e la presenza di sporgenze è pure uno dei caratteri importanti del cancro.

Per tutte queste ragioni che giustificavano il nostro dubbio, si decise di soprassedere all'intervento in attesa di poter precisare meglio la diagnosi con un'osservazione più completa.

Per tre giorni le condizioni della donna si mantennero stazionarie, ma al pomeriggio del quarto la malata fu colta improvvisamente da malessere e vomito infrenabile, e questo, senza che nelle condizioni obbiettive dell'ipocondrio destro e dell'addome si verificasse alcunchè di nuovo. Si ricorse subito ai soliti calmanti ed applicazioni locali, ma, vedendo che non se ne otteneva alcun vantaggio, si decise l'intervento per la mattina dopo: senonchè nella notte la donna venne improvvisamente a morte.

All'autopsia si riscontrò la colecisti molto dilatata, tanto da raggiungere la grandezza di un bel pugno e più; le sue pareti erano ingrossate, sclerotiche, dure ed essa era ripiena fino alla distensione di calcoli, che sommavano a 103; la grandezza media di tali calcoli era tra un grano di frumentone ed una nocciola, ma alcuni erano anche più grossi e due raggiungevano addirittura le dimensioni di una grossa noce. Attorno alla cistifellea v'era un processo di peritonite già allo stadio cicatrizio, che aveva coinvolto tutti gli organi viciniori e, tra questi, il piloro era quasi chiuso, esistendo intorno ad esso delle briglie, che lo fissavano alla parete posteriore e lo rendevano impervio. Null'altro d'interessante si riscontrò alla autopsia.

Cerchiamo ora di renderci conto col reperto necroscopico dei fatti riscontrati in vita. La malata era stata bene fino a due mesi prima: ora siccome la formazione dei calcoli non poteva datare da così poco, perchè il loro numero era troppo grande, dobbiamo pensare, che essi sieno stati tollerati per lungo tempo senza dare disturbi. È un fatto a cui non sempre si pensa, ma è pur noto che molte calcolosi biliari passano inosservate; il Pauchet, ad esempio, dice che, se si ricerca sistematicamente la litiasi della vescicola biliare nelle donne durante una laparotomia per altre lesioni, si trova certamente nel 7% dei casi; molte di esse perciò vengono scoperte solo durante interventi operatori, o all'autopsia, perchè, o non avevano determinato alcun disturbo, o disturbi non sufficienti per arrivare alla diagnosi. A questo proposito mi ricordo che due anni fa, quand'io ero assistente all'Ospedale di Padova, morì nella nostra divisione una donna per tubercolosi; all'autopsia eseguita dall'Istituto di Anatomia Patologica, si rinvenne la colecisti rigonfia di calcoli, tanto che il settore venne a chiedermi come, nella cartella di morte, non avessi fatto alcun cenno a tale lesione. Ebbene quella donna non si era mai lagnata di alcun disturbo, che avesse fatto pensare ad una colecisti malata.

Tornando al nostro caso, i disturbi come abbiamo visto, erano cominciati solo due mesi prima, ossia quando, secondo me, era iniziata la peritonite, che deve essere stata originata da complicanze insorte attorno alla colecisti, perchè lì c'era il massimo di reazione peritoneale.

Il fegato alla palpazione in vita si mostrava ingrossato e debordante, perchè i suoi involucri erano stati coinvolti nel processo peritonico, che aveva dato luogo a quegli indurimenti ed ingrossamenti sclerotici che noi avevamo presi per noduli cancerigni.

L'improvviso e rapido aggravamento che si ebbe negli ultimi giorni, fa pensare che la morte sia avvenuta per inanizione e schoch causato dal vomito consecutivo alla occlusione pilorica. Nel nostro caso è avvenuto probabilmente questo: da principio lo stomaco potè vincere facilmente i fatti iniziali di compressione da peripilorite, sia perchè questi non erano gravi, sia perchè le condizioni della donna erano buone e permettevano allo stomaco di funzionare lo stesso. Peggiorando in seguito, anche per l'età avanzata, lo stato della paziente, insorsero fenomeni di occlusione acuta, come del resto lo sta a dimostrare il fatto che lo stomaco non era ectasico. Quì si potrebbe obbiettare che, prima di questi due giorni, non vi era stato alcun sintoma, che facesse pensare a stenosi pilorica; ma non è raro il caso, in cui da principio i fenomeni veri caratteristici vengano a mancare, o al massimo siano sostituiti da dei semplici disturbi dispeptici. D'altra parte se il dolore, di cui la donna soffriva da due mesi, si spiega colla peritonite pericolecistica, non è da escludersi che le sue riacerbazioni fossero dovute

in parte all'ostacolato circolo gastro-intestinale.

Ecco quindi come al lume del reperto necroscopico si possano spiegare tutti i fenomeni riscontrati in vita, fenomeni però che, come abbiamo veduto, erano tali da trarre in inganno facendoci errare la diagnosi.

Passando ora alla parte terapeutica vediamo che cosa sarebbe avvenuto se la diagnosi fosse stata esatta.

Ci sono degli astensionisti, i quali dicono che non si deve operare la calcolosi biliare, che quando è complicata con febbre e attacchi colici ripetuti e in genere fatti gravi. Noi crediamo che una colelitiasi si debba operare anche quando i disturbi da essa arrecati non sieno così gravi; infatti l'operazione precoce è molto meno grave e dà una mortalità quasi nulla (3 % secondo Aievoli, zero secondo Pauchet); d'altra parte bisogna tenere presente che la colecisti malata rappresenta una minaccia latente e continua; il trattamento medico poi può mitigare le sofferenze subbiettive, ma difficilmente guarisce il processo, chè sarebbe necessario, e la guarigione della flogosi entro la colecisti, e la eliminazione dei calcoli per via naturale, cosa questa che può diventare pericolosa, perchè il calcolo potrebbe fermarsi nel coledoco e determinare una occlusione. La nostra paziente del resto aveva già fatto due mesi di cure mediche senza alcun vantaggio, anzi con peggioramento. Noi perciò saremmo intervenuti e l'operazione sarebbe stata la colecistectomia, in quanto è opinione generale fondata sulla esperienza clinica, che nell'economia umana l'asportazione della cistifellea è ben tollerata quanto quella dell'appendice; l'operazione è poco traumatizzante ed i pericoli a cui espone sono di ben poco superiori a quelli della colecistostomia semplice, mentre offre su questa il vantaggio di non lasciare fistole biliari e di rimuovere l'organo formatore dei calcoli assicurando il risultato remoto.

Non credo di fermarmi sulle modalità di questo intervento, specie per ciò che riguarda la opportunità o meno del drenaggio, questione tanto dibattuta anche attualmente. Dirò solo che noi lo lasciamo sempre, perchè ci rende sicuri contro i pericoli di una peritonite da versamento di bile: gli inconvenienti poi del drenaggio non sono così grandi, come da molti si crede perchè in 30 giorni circa la ferita si chiude. Anche sull'incisione sono differenti le opinioni: c'è chi preferisce il taglio verticale, pararettale o mediano, chi il taglio a T o a L. Noi usiamo sempre il taglio parallelo all'arco costale di Courvoisier-Kocher, che apre largamente la metà destra della parete addominale, partendo dalla linea mediana a quattro o cinque centimetri sopra l'ombelico, in quanto dà maggior luce nella zona sottoepatica, fa svolgere l'operazione solo nella porzione sopracolica e permette un'eventuale epatopessia tante volte indispensabile, nonchè una più perfetta ricostruzione della parete addominale, riducendo al minimo la possibilità di sventramenti post-operatori.

C'è ora da domandarsi, se intervenendo avremmo riconosciuta la stenosi pilorica o no. Credo di sì, perchè oltre all'esplorazione delle vie biliari si fa sistematicamente anche quella degli organi vicini. Certo però avremmo trovata la colecisti ripiena di calcoli e capace di spiegarci da sola tutta la sintomatologia mentre per di più lo stomaco non era per nulla ectasico. Dato questo reperto bioscopico e dato pure che non c'era stato alcun sintoma di stenosi fino a due giorni prima, niente difficile che essa fosse sfuggita ad un operatore che non faccia sistematicamente l'esplorazione degli organi pericolecistici. Ed è appunto su questo che io intendo di richiamare l'attenzione, perchè in tal caso la donna sarebbe andata a morte lo stesso nonostante la colecistectomia, in quanto l'improvviso aggravamento avutosi nei due ultimi giorni e che portò all'esito letale non sarebbe stato impedito, ma se mai accelerato dall'intervento, che si sarebbe potuto eseguire al massimo subito dopo l'ingresso in Ospedale e cioè due o tre giorni prima che l'aggravamento iniziasse. È ammesso sì, e già l'Alessandri lo affermava al Congresso di Chirurgia del 1900, essere sufficiente in certi casi di stenosi piloriche estrinseche d'origine biliare la semplice colecistectomia, per far cessare tutti i disturbi di canalizzazione, ma questo nel nostro caso non sarebbe bastato data la gravità della stenosi. Si sarebbe perciò dovuto fare, oltre la colecistectomia, anche la gastro-enterostomia, che è oggidì l'operazione più indicata ed efficace nella cura delle stenosi cicatriziali del piloro.

Volendo trarre delle conclusioni, il nostro caso è uno fra i tanti, dove è dimostrato, che una colelitiasi può decorrere per molto tempo inosservata, e non dar segno di sè che quando insorgano in essa complicazioni. Ma il fatto più importante è che non si deve dimenticare mai nelle lesioni della colecisti di esplorare il piloro, perchè esso può essere coinvolto nel processo flogistico pericolecistico e richiedere quindi un trattamento speciale, in quanto l'omissione potrebbe rendere impossibile la guarigione del soggetto anche dopo la colecistectomia.

BIBLIOGRAFIA.

D'ANTONA. *Sulla stenosi pilorica.* Rif. med., 1910, n. 6.

CECCHERELLI. *La cura della litiasi del coledoco.* Clin. Chir., 1906.

MARIANI. *Colecisto-gastrostomia per occlusione cronica del coledoco, funzione e contenuto gastrico normale dopo due anni e mezzo.* Rif. Med., 1912, n. 14.

DEGORGE. *Colecistectomia e operazioni gastriche praticate nella stessa seduta operatoria.* Boll. delle Clin., 1920. n. 8.

RODENSTAB. *Studio clinico su 500 casi di colecistite.* Rif. Med., 1918, n. 37.

LOSIO. *Ptosi della pars pilorica dello stomaco e coliche biliari.* Policlinico, Sez. Pratica, 1922, n. 8.

AIEVOLI: *Cura della calcolosi biliare.* Rif. Med., 1918, n. 36.

AIEVOLI. *La esclusione del piloro.* Rif. Med., 1919, n. 18.

BOARI. *Stenosi pilorico-duodenali di origine biliare.* Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1900.

GIORDANO. *Della condotta chirurgica da tenere davanti a stenosi neoplastica del piloro.* Rif. Med., 1920. n. 22.

AIELLO. *Gastroenterostomia per stenosi cicatriziale del piloro.* Rif. Med., 1920, n. 39.

ORTNER. *Diagnosi differenziale della litiasi biliare.* Rif. Med., 1922, n. 18.

PODDOGHE. *Studio anatomopatologico e clinico di un caso di colecistite.* Rif. Med., 1923, numero 25.

OSPEDALE DEGLI INCURABILI DI NAPOLI.
II SALA CHIRURGIA UOMINI
REPARTO DEL PROF. MARTINO.

Un caso di appendicocele strozzato

per il dott. NINO BLANDINI.

La conoscenza dell'appendicocele si può dire recente, poichè, nonostante gli accenni del Morgagni, di Amiand, di Hevelin, di Baillie, Klein, ecc., pur tuttavia è solo in quest'ultimo trentennio, che, mediante i lavori di Rizzoli, Montagnone, Bassini, Rivet, Baiardi, Ombredanne, Nacquet, Calvini, Casati, Rochard, Iala, Bechi, Mariotti, Savelli, ecc., è stata conosciuta completamente dal lato anatomo- patologico, dal lato clinico e terapeutico.

Avendo avuto opportunità di osservarne ed operarne un caso, durante il mio servizio di guardia all'Ospedale Incurabili, credo opportuno portarlo a conoscenza dei pratici, e, per la modalità del caso clinico, e per portare un modesto contributo all'affezione in parola.

Storia clinica. — Il 12 novembre 1922 veniva trasportato al pronto soccorso dell'Ospedale Incurabili, tal Giordano Raffaele, di anni 65, muratore, da Napoli. L'infermo racconta che da più anni aveva notato una tumefazione alla regione inguinale destra, molto manifesta nella stazione eretta, ma che scompariva nel decubito sacro-dorsale. Tale infermità non gli procurava disturbo alcuno, e per consiglio di un sanitario ha portato ciò nonostante un cinto erniario.

Circa otto giorni fa, in seguito ad un pasto copioso, fu colto da improvvisi dolori alla regione inguinale destra, molto intensi, e da vomiti biliari. Contemporaneamente la tumefazione si fece più voluminosa, per modo che non fu più possibile farla rientrare nell'addome. Notevole che, qualunque manovra, anche delicata di *taxis*, riusciva dolorosissima. Non ha avuto brividi di freddo, solo asserisce d'aver avvertito una leggiera elevazione termica. Purgatosi ebbe esito abbondante, però la tumefazione più che diminuire, aumentò di volume. Da questo momento per cinque giorni non ha avuto scariche alvine, ma solo di tanto in tanto emissione di gas.

Anamnesi remota e famigliare. — Nulla di notevole.

Stato attuale. — Individuo di sana e robusta costituzione. Nel letto mantiene il decubito supino senza flessione delle cosce sull'addome. Lingua molto impaniata, ma umida. Respirazione: costo-addominale. Polso: pieno, ritmico, un po' frequente (cento pulsazioni a minuto). Temperatura: 38°. Sensorio normale. Non si nota alcuna facies speciale. Esame degli organi toracici: negativo.

L'addome all'ispezione si mostra uniformemente meteorico. A luce radente la porzione, corrispondente alla metà interna della fossa iliaca destra e alla metà destra di quella ipogastrica, sembra sollevata da una tumefazione profonda, che si porta in alto fino a quattro dita trasverse, al di sotto dell'ombelicale trasversa, con limite arcuato, ed in basso, si continua colla regione inguino-scrotale di destra, ch'è ingrossata, con cute lucente ed un po' rosea. Le pliche dell'emiscroto destro sono scomparse.

La palpazione non riesce a stabilire i limiti della tumefazione addominale per la contrazione dei muscoli della parete. Esercitandovi una pressione, sembra che la tumefazione inguino-scrotale aumenti di volume. La palpazione della tumefazione scrotale lascia rilevare un aumento di temperatura, una superficie liscia, una consistenza elastica. La pressione delle dita fa permanere una fovea. Il testicolo resta in basso. La più lieve pressione suscita, da parte dell'infermo, vivo ed intenso dolore. *La percussione* dà ottusità sia sulla tumefazione addominale che su quella inguino-scrotale.

Fatta diagnosi di appendicocele strozzato, faccio trasportare l'infermo al reparto per l'intervento di urgenza.

All'atto operativo da me praticato, sotto la direzione del prof. Martino, si rinviene, prima un sacco contenente liquido sieroso, che non si continua nell'addome, ed immediatamente al di sotto, un altro sacco, che debolmente vi aderisce, a pareti fortemente infiltrate, e che all'incisione lasciò fuoruscire una notevole quantità di pus. Nel sacco, che era in comunicazione con la cavità addominale, pel tramite del canale inguinale, all'infuori del pus, non si rinviene alcun viscere. Si drena con garza tanto il diverticolo addominale, quanto quello scrotale. La temperatura va man mano aumentando fino a raggiungere i 39°.5-40° per cui successivamente si pratica

un'incisione in corrispondenza della sacca addominale. Il 6 dicembre, con segni di setticemia, l'infermo muore.

All'autopsia, eseguita dal prof. Savelli, si trova peritonite saccata. La sacca è limitata all'esterno dal cieco ricoperto da una membrana fibrinosa, e, all'interno, da anse intestinali agglutinate e ricoperte anch'esse da membrane fibrinose. Libero nella sacca si trova un moncone di appendice turgida. L'autopsia conferma quindi la diagnosi.

Per avere un'idea chiara dell'affezione, del quadro clinico, e delle note anatomo-patologiche, ch'esso può presentare, occorre tener presente alcune note di anatomia normale. Il cieco occupa nella fossa iliaca destra una loggia propria, «*la loggia cecale*», per la variabilità ed elasticità dei suoi mezzi di fissazione (legamento superiore ed inferiore del Tuffier), esso può occuparne la sola parte alta «*posizione alta*», ch'è frequente nei bambini, ovvero può discendere nella cavità pelvica, «*posizione bassa* o *intrapelvica*», ch'è di facile osservazione nei vecchi, o può, infine, portarsi fin sotto la cicatrice ombelicale, e qualche volta anche nella fossa iliaca sinistra «*posizione ectopica*».

Ora, se si tien presente, che l'appendice vermiforme non è altro che la porzione atrofica del cieco, alla cui estremità chiusa si attacca ed a cui è intimamente legata; se si tien presente la sua lunghezza variabile da un minimo di cm. 2 1/2 ad una media di cm. 8 a 10, fino ad un massimo di cm. 23, ci si darà ragione come cieco ed appendice possono facilmente fuoruscire dalla cavità addominale per una delle comuni porte erniarie.

Cosicchè, l'ernia cieco-appendicolare e l'ernia appendicolare, sono molto più frequenti di quello che comunemente si legge nei trattati, e se non cadono specie l'appendicolare, all'osservazione, è perchè non determinano per lo più una sindrome così clamorosa da richiamare l'attenzione del paziente e da fargli richiedere il soccorso del chirurgo. Ed infatti, la letteratura degli appendicoceli riguarda nella massima parte gl'infiammati e strozzati; solo in 20 casi di Jala se ne trovano appena 7 strozzati, mentre nei 58 del Rivet, nei 98 del Baiardi e negli 85 del Nacquet, si tratta di appendicoceli infiammati.

La sede ordinaria, per non dire normale, dell'appendicocele è il canale inguinale di destra, e dopo, quello crurale dello stesso lato. L'appendicocele a sinistra è un'eventualità rarissima, ed esistono solo i casi di Gaissler, Habe, Giordano, Savelli. Gli appendicoceli ombelicali ed otturatorii sono ancora più rari, e nella letteratura esistono appena i due casi rispettivamente di Michaux e di Welech. Il nostro caso conferma, come sede ordinaria dell'appendicocele, il canale inguinale di destra...

D'ordinario, in questa varietà d'ernia, il sacco è completo, quantunque si sono riscontrati dei casi (Cabbaret, Rostirolla, Spondon), in cui il sacco o mancava, o era incompleto; vi sono stati casi poi, in cui si sono rinvenuti due sacchi, uno dentro l'altro. Anche noi abbiamo trovato due sacchi, ma aderenti, facilmente distaccabili l'uno dall'altro, uno più piccolo, contenente liquido sieroso, e non comunicante con la cavità addominale, ed un altro costituito da pareti fortemente infiltrate, in comunicazione con la cavità addominale, e contenente una notevole quantità di pus. Qualche altro ha descritto un sacco diviso in due logge, di cui, una conteneva l'appendice libera e l'altra un'ansa del tenue. Per processi infiammatorii, il sacco può contenere liquido sieroso, siero-purulento, o pus, in mezzo a cui si possono rinvenire detriti dell'organo in isfacelo...

Per lo più l'appendicocele è irriducibile, o perchè discendendo per strisciamento trascina i legamenti col peritoneo parietale, o perchè aderisce al sacco mediante aderenze infiammatorie, che ne impediscono il rientro nella cavità addominale. Le aderenze, a loro volta, possono determinare nell'organo stiramenti o cambiamenti di direzione e di posizione, che provocando alterazioni circolatorie dei vasi del mesenteriolo, sono causa del suo strozzamento. Quindi l'appendice si può trovare nel sacco libera o aderente, infiammata o strozzata.

Distinguere un appendicocele strozzato da uno infiammato, non è cosa molto semplice nè molto agevole. Bisogna però tener presente che l'infiammazione del processo vermiforme è molto frequente, e, in varii atti operativi s'è trovato l'organo infiammato, turgido, ovvero ridotto in detriti. Tale constatazione, deve far pensare che, per lo più, causa dello strozzamento deve essere un processo infiammatorio, e secondo me, ha ragione il Rivet, nell'asserire che l'infiammazione costituisce la prima tappa indispensabile dello strozzamento. Vi sono di quelli però, come il Nacquet ed il Jala, che credono, basandosi su reperti anatomo-patologici, ad uno strozzamento vero e proprio, e parmi, doversi accettare il loro giudizio, come una possibile eventualità. Infatti, in caso di strozzamento, l'appendice presenta lesioni gravi e precoci, nel punto di strozzamento si nota un solco ch'è inizio di cangrena, la quale è causa di perforazione, di distacco completo dell'organo, però, la porzione posta in sopra del colletto strozzante resta normale.

Fra le cause poi dell'infiammazione, oltre

a quelle ordinarie, devono annoverarsi i traumatismi, facili per la posizione superficiale dell'organo.

L'appendicite erniaria, d'ordinario, genera nel sacco un essudato citrino più o meno limpido, ed il sacco si presenta congestionato, con faccia interna liscia e ricoperto di false membrane.

L'appendice può trovarsi aumentata di volume, molle, friabile, alle volte coperta di false membrane, che possono nasconderla agli occhi dell'operatore, altre volte è ridotta in brandelli. Nel caso nostro il processo flogistico, oltre a localizzarsi al sacco ed ai tessuti perisacculari, si estendeva nel cavo addominale, dando luogo ad una peritonite saccata, e sacco erniario, e sacca peritoneale comunicavano tra loro ampiamente a mezzo del canale inguinale. Questa complicazione, per il reperto necroscopico, secondo noi, è da attribuirsi a strozzamento dell'estremità libera del processo vermiforme con diffusione della flogosi al restante dell'appendice ed al cieco.

In generale la fenomenologia di questa entità morbosa è simile a quella che si constata nelle ernie in genere, però, qualche volta la sindrome obbiettiva può essere un'utile guida. In effetti, la tumefazione è poco voluminosa ed ottusa alla percussione, e con la palpazione, qualche volta, si ha la sensazione di un cordone duro e grosso quanto una penna d'oca o poco più. Quando poi la tumefazione è riducibile, provocando la riduzione, non si sente il caratteristico gorgoglio dell'enterocele.

Nell'appendicocele strozzato, d'ordinario, il dolore, primo sintomo, all'inizio, non è molto acuto, risiede al peduncolo erniario, e s'irradia a tutto l'addome, in seguito si calma e resta localizzato all'inguine. Il vomito per lo più è alimentare o biliare e tardivo, e la circolazione fecale non si sopprime se non quando si stabiliscono le note della flogosi peritoneale. Lo stato generale è grave ed il paziente si presenta abbattuto, con facies affilata, polso piccolo, e temperatura elevata. La tumefazione mostra le note della flogosi acuta con cute tesa e calda, e dolente alla pressione. Il meteorismo può essere limitato, ma se l'infermo non riceve il soccorso opportuno può andare incontro ad una peritonite diffusa ed a morte per setticemia. Qualche volta si può avere flemmone stercoraceo con esito in guarigione completa o con fistola stercoracea. In conclusione, la sintomatologia dell'appendicocele strozzato differisce da quella delle ernie, perchè si stabilisce lentamente e non con quella rapidità e con quel clamore delle comuni ernie; fatto più interessante, l'emissione dei gas continua mentre nello strozzamento erniario comune, vi è, com'è noto, arresto completo di gas e feci.

Clinicamente si poteva pensare ad un idrocele o ad un ematocele comunicante, ma l'indipendenza del testicolo, i dati anamnestici ed il decorso clinico ci fecero allontanare da tale ipotesi.

Potrebbe l'affezione confondersi col lipoma, ma se ne distingue perchè non dà la sensazione d'un tumore arrotondato e lobulato, ma di cordone.

Potrebbe ancora confondersi con una cisti del cordone, ma questa è liscia, fluttuante, irriducibile.

Si differenzia poi dall'enterocele strozzato perchè non presenta vomito fecaloide, perchè, come abbiamo già detto, nell'appendicocele strozzato l'emissione delle feci può continuare e continua sempre quella dei gas.

Potrebbe invece presentare grande difficoltà la differenziazione con l'ernia da «*pincement*», nella varietà crurale, perchè anche in questa varietà di strozzamento erniario può continuare l'emissione di feci o gas, però nel «*pincement*» laterale le feci diventano sanguinolenti e alle volte si ha quella diarrea che gli antichi chiamarono «*colera erniario*».

Nel caso nostro il vomito biliare, la permanenza della canalizzazione intestinale ai gas, lo stabilirsi lento della sindrome con prodromi infiammatorii, la temperatura elevata, potevano tutto al più far pensare ad un epiplocele infiammato, se non si fosse notata la presenza della sacca peritonitica.

Per la condotta chirurgica: in caso di appendicoceli semplici occorre praticare la cura radicale dell'ernia, con o senza appendicectomia a seconda delle condizioni in cui l'organo vien trovato. In caso di strozzamento, anche se l'appendice macroscopicamente è sana, credo sia buona pratica asportarla per impedirne la degenerazione cistica.

In caso di appendicite erniaria suppurata, se la suppurazione si limita al sacco, basterà incidere questo e drenare, senza ostinarsi alla ricerca dell'appendice, ad avitare una diffusione del processo al peritoneo. Se è concomitante una peritonite saccata, s'inciderà anche la sacca prolungando il taglio scrotale e si dreneranno opportunamente le due cavità.

* * *

Mi si permetta, infine, di ringraziare il professor Martino, per l'atto operativo permessomi, e di esprimere al prof. Savelli i sensi della mia perenne gratitudine per la paterna benevolenza di cui mi è quotidianamente prodigo.

NOTE E CONTRIBUTI.

A proposito del "solco trasversale sopra-ipogastrico „ come segno di ascite

per il dott. BERNARDINO MASCI, docente.

Il prof. G. L. Sacconaghi, sul fasc. 31 della Sezione pratica del « Policlinico » del corrente anno, richiama l'attenzione dei medici su di un segno di ascite, consistente nella formazione di un solco trasversale sopra-ipogastrico sulla superficie anteriore convessa dell'addome tumescente.

Fa meraviglia che altri, prima del Sacconaghi, non abbiano scritto su questo fenomeno, che pure si riscontra tanto frequentemente, e sul quale medici accorti nelle osservazioni semeiologiche avevano già, come il Sacconaghi, fissato la loro attenzione.

Mi limiterò a ricordare che da circa cinque anni il prof. A. Carducci ha insegnato ai suoi allievi a ricercare questo sintoma sul ventre degli ascitici, chiamandolo il « segno del doppio colletto ». Infatti, in posizione dorsale del paziente, come conseguenza della presenza sulla superficie anteriore dell'addome di questo solco trasversale, si formano due piccoli colli a dolce declivio; uno più elevato, più prominente, corrispondente al tratto epigastrico, l'altro meno sporgente con sede in corrispondenza dell'ipogastrio: il primo determinato dalla distensione dello stomaco e delle anse intestinali ricacciati in alto, il secondo dovuto all'accumulo del liquido nelle parti più declivi. Il primo, più prominente, ha la base più ristretta; il secondo, meno elevato, ha una base



più larga, e ciò si deve in parte alla struttura anatomica dell'addome più ampia e più cedevole nei quadranti inferiori, in parte a che il liquido, raccogliendosi nelle parti declivi, sfianca la base del colletto più che renderne prominente l'apice, mentre il gas contenuto nello stomaco e negli intestini, per il basso peso specifico, esercita la maggiore pressione in corrispondenza dell'apice.

Il solco trasverso sulla parete addominale ha sede nella regione ombelicale, secondo la nostra esperienza costantemente un paio di centimetri al disopra della linea ombelicale trasversa, qualunque sia la quantità di liquido contenuta nel cavo addominale e l'abbondanza di gas raccolto nel tubo digerente. Esso non corrisponde quindi sulla linea mediana al pelo del liquido, al limite cioè fra regione superiore timpanica e regione inferiore ottusa, e questa costanza di ubicazione fa pensare che la sua formazione vada ricercata con molta verosimiglianza nell'intima struttura della parete addominale.

Il fenomeno, come dicevo, è molto frequente ad osservarsi, specie fra gli uomini in dipendenza della maggiore tonicità della parete addominale e del minore accumulo di grasso nel tessuto sottocutaneo. Condizione indispensabile è che il liquido non sia nè eccessivamente scarso nè troppo abbondante, nel qual ultimo caso l'addome diventa uniformemente globoso e la parte più saliente risponde per lo più alla zona ombelicale.

Per noi, poi, un tal segno ha un valore ancora più specifico di quello che gli attribuisca il Sacconaghi, ed è per questo che ci siamo permessi di interloquire a proposito. Esso, cioè, non solo ci dice che nel ventre vi è del liquido, ma ci fa subito orientare circa la natura di questo, se si tratta cioè di essudato o di transudato. L'esperienza ci ha dimostrato che esso solco si forma quasi esclusivamente nei casi in cui il liquido è un transudato. È nella cirrosi epatica venosa, nei cardiaci e nei nefritici con versamento addominale, che è sopratutto frequente, mentre nelle peritoniti non capita di osservarlo quasi mai: a più dozzine di casi in cui il liquido era un transudato possiamo opporre una sola osservazione di peritonite tbc., in cui, però, il liquido era scarsissimo e tutto il ventre notevolmente disteso da un non comune meteorismo.

La spiegazione di tale fenomeno, secondo noi, va ricercata in ciò, che nelle flogosi peritoneali ascitiche esistono spessissimo delle aderenze fibrinose che fissano gl'intestini e impediscono loro di spostarsi completamente in alto e galleggiare liberamente al disopra del liquido (donde la mancante espansione dell'epigastrio); mentre nei casi di transudato lo stomaco e gl'intestini, liberi da ogni vincolo e per lo più meteorici in dipendenza della stasi venosa, sono ricacciati completamente in alto e fanno prominenza attraverso l'epigastrio.

La notevole frequenza del sintoma, la sua quasi costante specificità per il carattere transudativo del versamento peritoneale consigliano, agli effetti della diagnosi, a non trascurarne la facile ricerca nello studio semeiologico delle affezioni addominali.

IGIENE.

Dopo un viaggio Genova-Bombay.

Proposte per il miglioramento del servizio sanitario a bordo.

Dott. G. ROLLE, medico di bordo.

Ho qui riassunto brevemente alcune note frutto di osservazioni pratiche e di esperienza quotidiana di vita di bordo dopo un viaggio a Bombay, appunto ora terminato.

1ª *proposta.* — Visita preventiva e cura regolare di tutto il personale affetto da malattie veneree.

Imbarcai in qualità di medico di bordo sul piroscafo «Aquilea» in partenza da Genova il 15 giugno c. a. Sin dal giorno successivo si presentarono all'ambulatorio un marinaio affetto da sifilide e due carbonai affetti da ulcera venerea, sospetta sifilitica. Il giorno 20 si presentava pure un cameriere affetto da ulcera venerea: qualche giorno appresso dovevano essere presi in cura prima un dispensiere e poi un altro cameriere. Successivamente si rivelavano altri casi.

La percentuale relativamente alta del personale affetto e la natura — tra l'altro contagiosa nelle sue prime manifestazioni — della malattia, non potevano non colpirmi e indurmi a richiamare l'attenzione altresì della direzione della Compagnia e dell'Ispettorato sanitario, come ho fatto, sulla necessità di un provvedimento.

A tale inconveniente non può essere ovviato che in due modi:

1) con la scrupolosa visita preventiva non solo del personale nuovo assunto, ma di tutto quanto l'equipaggio, con rigorosa esclusione degli ammalati di forma venerea in atto, qualunque essa sia;

2) coll'introdurre nella dotazione della farmacia di bordo buoni rimedi antivenerei, per provvedere nel modo adeguato alla cura completa, nel caso che la malattia si manifesti a bordo e non all'atto della partenza.

Per la sifilide poi si impone la necessità dell'introduzione di un rimedio moderno *di azione sicura e rapida che permetta di troncare nel più breve tempo possibile il periodo nel quale il male è contagioso.*

Tale malattia infatti ricorre più frequentemente tra i carbonai ed i fuochisti, i quali fanno vita di continuo ad intimo contatto, con scambio di oggetti e recipienti — specie per bere — che possono essere un veicolo permanente e pericoloso di facile contagio.

Senza contare che l'abbondante sudore provocato dall'alta temperatura dell'ambiente in cui vivono — anche 45-48-50 cent. — con relativo scambio di asciugamani può essere altra via di trasmissione della malattia.

L'introduzione di tali rimedi ad azione rapida — per esempio: arsenobenzolo, 914-916 per via endomuscolare, enesol, neo-trepòl — serve altresì come necessario ed ottimo metodo diagnostico nel caso frequente in cui esiste dubbio se l'ulcera è di natura venerea o sifilitica (forme miste).

Faccio presente che finora a bordo dei nostri piroscafi non esiste il microscopio, mentre su questa linea è spesso così necessario, anche nei casi frequenti che occorrono di malaria larvata.

2ª *Proposta.* — Come già superiormente ho notato, la vita dei fuochisti macchinisti, per buona parte della giornata si svolge in un ambiente sopra riscaldato, reso più grave dal clima torrido. Di qui l'abbondante traspirazione e corrispondente abuso di acqua per estinguere la penosa sensazione di aridità delle fauci. Tale abuso dà luogo facilmente a forme gastriche acute e gastro intestinali anche infettive specie se — come nel presente viaggio avvenne e come potrebbe darsi non sia un caso sporadico — l'acqua non è nelle più perfette condizioni di potabilità.

Non può essere considerata piccola la causa che dà luogo a così notevoli effetti. Il rimedio più ovvio e pratico consisterebbe nell'introduzione — specie nei mesi di massimo caldo e nel tratto torrido Suez-Suez — di una qualunque mistura dissetante. Tali miscele sono di poco costo e di esito così vantaggioso che già vennero introdotte su larga scala in molti stabilimenti industriali i quali le forniscono gratuitamente al personale addetto alle macchine ed ai forni.

Di solito consistono in misture amare di noce vomica, china, anice, ecc., che unite all'acqua in piccola quantità la rendono più digeribile, gradita, dissetante senza che sia possibile l'abuso, poichè in quantitativo maggiore dànno all'acqua stessa un sapore poco gradito.

I rimedi attualmente usati, poichè l'inconveniente lamentato non era certo passato inosservato, sono o poco pratici o troppo costosi.

Per esempio i limoni non possono — per l'alto costo — essere distribuiti nella misura adeguata. Infatti la proporzione adottata di un limone per persona ed al giorno, rappresenta un massimo di due bicchieri di limonata, che sarebbero appena sufficienti per un lavoratore ordinario in clima nostro.

Il rhum, che altresì adottato per unire all'acqua — a parte che non è sempre di buona qualità — non è dato nella misura sufficiente. Se ne richiederebbe almeno il doppio nel mese di massimo caldo. Inoltre distribuito com'è, in una volta sola o per settimana — invece che giornalmente — vien consumato rapidamente nei primi giorni, dando talora luogo a fatti di violenza, spesso a malumore, nervosismo da parte di chi ne è rimasto privo e ne sente il bisogno.

Ottimi come dissetanti sono le decozioni di tamarindo con cassia, specie nel viaggio di ritorno da Bombay, poichè il tamarindo può essere là acquistato a prezzo piuttosto basso, oppure — ed in ciò l'esperienza diede i migliori risultati — il latte preparato con latte condensato, *acqua bollita* ed unito a the. La spesa per tali bevande dissetanti è assolutamente ridotta. Infatti nei mesi più caldi e per il percorso Suez-Suez una bottiglia di grammi 300 per ogni guardia di quattro ore ai forni e per persona è più che sufficiente.

La distribuzione di latte condensato viene già attualmente fatta ma in modo saltuario e disordinato, che importa un consumo complessivo in realtà non minore e dà luogo a parzialità involontarie — poichè viene concesso in misura anche superiore al bisogno al più importuno —, a conseguente sperpero di latte od a cattiva preparazione e conservazione, essendo distribuito in scatole e manipolato spesso, da chi lo riceve, in modo antigienico.

Sono convinto che queste osservazioni e proposte, frutto di esperienza pratica, utili per il miglioramento igienico e sanitario dell'equipaggio e per il migliore andamento del serzio di bordo, verranno prese in seria considerazione dalle Compagnie di navigazione, poichè ritornano a vantaggio delle Compagnie stesse.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA.

La radioterapia della tubercolosi.

(OTTO STRAUSS. *Deutsch. Mediz. Woch.*, nn. 25-26, giugno 1923).

Nella maggioranza dei medici la radioterapia della tubercolosi polmonare ha tutt'altro che incondizionata fiducia: ciò dipende essenzialmente da due circostanze: 1) dagli errori di diagnosi, che secondo de La Camp arrivano al 33 % e secondo Blümel all'80 % e che lasciano in dubbio in casi di guarigioni annunziate con la radioterapia; 2) dalla non semplicità dell'indicazione. Il successo dipende dalla scelta dei casi, ma oggi è forse possibile dividere nettamente le forme essudative della tisi dalle forme produttive, quando tali forme, secondo Klemperer, sono nel 75 % dei casi associate? Vanno considerate intanto in prima linea le ricerche sperimentali di de La Camp, Küpferle e Bacmeister, ma si è obbiettato che il coniglio è assai resistente al tipo umano e viceversa i risultati negativi di Schröder possono dipendere dal fatto che per il coniglio il tipo bovino è oltremodo maligno.

Quale sia il meccanismo di guarigione sotto i raggi è incerto, secondo l'A. Nell'insieme non sembra che si tratti di una azione diretta sul bacillo (ricerche di Bergonié e Tissier e ricerche recenti di Haberland e Klein), per quanto Fraenkel abbia riscontrato, irradiando culture tubercolari vecchie di alcune settimane e inoculandole negli animali una maggior sopravvivenza di questi rispetto ai controlli. Il processo di guarigione che dobbiamo provocare deve essere un processo essenzialmente naturale, consistente (e ciò differenzia la radioterapia del carcinoma, secondo l'A.), in una produzione connettivale e in un incapsulamento del tessuto tubercolare. Rispetto agli elementi di cui si compone il tubercolo, questo come è noto, si compone di un centro caseoso e con attorno uno strato di cellule rotonde e di cellule epitelioidi.

Sono queste che secondo le ricerche recenti hanno massima importanza e formano il substrato del tubercolo. Le cellule epitelioidi non hanno una unica provenienza, ma sono di origine connettivale (onde si tingono col carminio in modo caratteristico), in parte dai fibroblasti, in parte dagli istiociti e hanno la capacità di fagocitare e distruggere i bacilli e quando muoiono da esse la cellula gigante trae la prima origine.

La colorazione vitale col carminio rappresenta un mezzo per riconoscere l'alterazione

delle cellule epitelioidi sotto la tossina tubercolare: noi dobbiamo ricercare di accrescere la funzione di queste cellule, e secondo Stephan ciò si può raggiungere mediante un trattamento eccitante sulle cellule dei tessuti connettivali: Hilpert appoggia l'idea ritenendo le cellule epitelioidi assai sensibili. De La Camp e Bacmeister non sono favorevoli alla questione che i tessuti di granulazione tubercolare siano assai sensibili e più degli altri organi e specialmente dei tessuti connettivali, e secondo Schlecht l'azione curativa deve essenzialmente consistere in una azione eccitante rivolta specialmente ai tessuti connettivi e che favorisca la produzione connettivale e l'incapsulamento del tessuto tubercolare.

Non si può identificare l'azione di difesa cellulare coll'immunità: contro la tubercolosi non è immunità secondo Wassermann, ma il corpo è messo in condizione di distruggere una notevole quantità di bacilli tubercolari e di reagire alle sostanze in essi contenuti. Colla radioterapia noi vogliamo in prima linea influire sulle granulazioni tubercolari trasformandole in tessuto cicatriziale e coll'assorbimento di questi elementi di tessuto determinare una modificazione dell'organismo nel senso di Wassermann: perciò otterremo colla radioterapia non solo una azione locale ma anche una azione generale. Del resto secondo Rankes dopo il primo stadio nell'infanzia, il secondo stadio rappresenta già una generalizzazione per il sangue (scrofolosi) e nel terzo stadio prevale la disposizione dell'organo. Dato lo scopo di raggiungere con la radioterapia una azione locale e una azione generale, ci si può domandare se una irradiazione locale è sufficiente per raggiungere i due scopi: Fraenkel, ad esempio, cerca di ottenere un aumento dei poteri immunizzanti mediante la irradiazione sulla milza aumentando i linfociti (che nella tubercolosi rappresentano un indice prognostico buono) aumentando gli anticorpi e cercando di provocare un aumento dei fermenti lipolitici. La dose da impiegare non deve essere troppo piccola e non deve sorpassare il terzo della dose eritema (H.E.D.). Un secondo mezzo può essere l'applicazione di raggi ultravioletti sulla pelle o l'uso della tubercolina che potrebbe essere combinata coll'irradiazione.

Di grande importanza per il successo della radioterapia è la scelta del caso: sono adatte le forme lentamente progredienti e stazionarie e le forme che inclinano alla latenza, mentre tutte le forme miliari pneumoniche essudative sono da escludere come le forme miste. La radioterapia è dannosa in tutte quelle forme nelle quali il tessuto di granulazione sul quale è massimamente da influire non raggiunge lo sviluppo o che la virulenza del bacillo supera di assai i poteri di difesa dell'organismo e perciò vanno prese in considerazione solo le forme tubercolari produttive, le forme cirrotiche e le forme nodose: gli insuccessi o dipendono dalla diagnosi errata sul caso o da una tecnica imperfetta. Quanto alle forme cavitarie l'A. sin dal 1914 aveva dimostrato che la piccola caverna non rappresenta una controindicazione e altri AA. hanno dimostrato altrettanto, e Kaestle nell'ultimo Congresso ha mostrato la guarigione di grosse caverne: si trattava di caverne formate da tessuto di granulazione e queste sarebbero le caverne che si prestano alla irradiazione. Quanto all'associazione della irradiazione al pneumotorace gli AA. sono discordi e mentre Hilpert è favorevole non lo è l'A., nè de La Camp, e per quanto la riduzione del volume polmonare, le condizioni limitate di assorbimento si prestino alla irradiazione, tuttavia un pericolo può essere l'insorgere di pleuriti che possono complicare i già, per oltre la metà, complicati casi di pneumotorace.

È importante per la riuscita una buona tecnica: una dose della tubercolosi nel senso stretto della parola, come la dose carcinoma, non esiste. In genere non sono consigliabili le grandi dosi e specie all'inizio sono preferibili le piccole dosi, ma anche qui la questione della tecnica è personale e variabile secondo i casi: in certi individui le dosi possono essere più grandi e le pause più brevi, in altri specie nei riguardi dello stato generale le dosi più piccole e le pause più lunghe.

Secondo la tecnica di Friburgo si divide il petto e il dorso in un certo numero di campi: in genere tre a destra e due a sinistra.

Come grandezza del campo Bacmeister 10 per 10; De La Camp 10 × 10 o 10 × 15. Distanza focale 30-35. Imm. di rame per. filtro. Si irradia in una seduta un campo anteriore e uno posteriore dando una piccola dose (1/12 Hed, 10-14 unità elettrostatiche), in una settimana 1-2 irradiazioni, al massimo tre, aumentando lentamente la dose fino a 1/5 della Hed. La durata della cura dura due, tre mesi in modo che ogni parte del polmone è più volte irradiato: le alte temperature stanno ad indicare un iperdosaggio; se c'è aumento di catarro, perdita dell'appetito, ecc., è necessaria una minor dose e una pausa più lunga. Non è consigliabile un trattamento ambulatorio. Buona è l'associazione della radioterapia e della fototerapia colla lampada di quarzo; si comincia con una distanza della

lampada di 110 cm. e irradiando per 5 minuti, si diminuisce poi ogni volta la distanza di 5 cm. e si allungano le sedute di due minuti fino a 15 minuti. Si fanno 3 irradiazioni per settimana, dopo 6 irradiazioni si comincia la cura Roentgen, la quale potrà essere chiusa con altre irradiazioni.

A differenza di quanto succede per la cura della tubercolosi polmonare la cura Roentgen della tubercolosi ossea e articolare è senza contrasti, e la maggioranza dei medici ne conosce l'utilità. Un posto importante invero ha anche la fototerapia e specialmente la fototerapia artificiale con la lampada di quarzo in queste forme di tubercolosi chirurgica o periferica, come altri vogliono chiamarla. Kirmisson è stato il primo che ha curato circa 25 anni fa un caso di tubercolosi della mano con la radioterapia. Il dominio della radioterapia è l'età infantile: quando noi leggiamo che con la cura attinica si sono ottenuti ottimi risultati e durevoli nell'82 % dei casi, non dobbiamo dimenticare che si trattava di individui giovani; è innegabile il fatto che le tubercolosi chirurgiche proprie dell'età infantile e dell'età della crescenza hanno di per sè una prognosi buona e con ogni mezzo adatto si raggiunge lo scopo. È perciò giusto secondo Iselin e Holfelder tener presente nell'apprezzamento di un metodo di cura che la tubercolosi giovanile va separata nettamente da quella della crescenza. L'azione dei raggi X è forse dovuta al fatto che essi determinano una produzione vasale determinando in piccola dose germinazione di vasi e anastomosi: prima della fine della crescenza si formano facilmente anostomosi, mentre nell'età giovane le arterie hanno funzione di terminali e possono se occluse determinare infarti a cuneo.

L'azione della radioterapia è una azione locale, mentre per la luce l'azione è generale e dalla pelle si estende a tutto l'organismo. Mentre Chaoul crede che l'azione della radioterapia consista in una distruzione del tessuto tubercolare sensibile, altri pensano che esista un raggrinzamento cicatrizzante delle cellule epitelioidi con aumento del tessuto connettivo e incapsulamento del tubercolo. Come si vede l'azione è discussa: il problema del dosaggio è d'altra parte interessante perchè le grosse dosi sono nocive, le troppo piccole non giovano. D'altra parte non sempre la radioterapia raggiunge lo scopo ed essa va considerata come una parte della terapia generale. Così, ad esempio, se eccezionale è oggi una resezione o una amputazione, tuttavia per quel che riguarda i sequestri oggi non può essere escluso un trattamento chirurgico, specialmente per i sequestri più grandi. La radioterapia è indicata nella tubercolosi ossea e articolare senza riguardo alla sede nei giovani. Dopo 14-15 anni le indicazioni si restringono e per quel che riguarda la sede le discussioni sono vive per la tubercolosi del ginocchio e del piede, per cui quando si hanno radiologicamente delle immagini fungose alcuni propongono senz'altro l'amputazione o la resezione.

Per la colonna vertebrale l'esperienza è scarsa. Importante è la tecnica delle irradiazioni: si tenga in genere presente che la dose per la tubercolosi si calcola in genere come il 50 % della dose cutanea, ma per moltissimi autori tale dose è ancora troppo alta. Come dosi da impiegare si consiglia per la tubercolosi della spalla il 20-30 %; per la tubercolosi del ginocchio il 40 %; per la tubercolosi delle dita il 20-30 %. Importante è la radioterapia delle ghiandole tubercolari; però è discusso se tutte le forme si prestano: sono specialmente adatte le forme di linfoma tubercolare e di fibro granuloma tubercolare. In genere si dà un terzo o una metà nelle persone più grandi della dose eritema e filtrando fortemente. La cura della tubercolosi addominale specialmente genitale è oltremodo importante: Rieder cita come guariti il 50 % dei casi curati di tubercolosi del testicolo. Anche la tubercolosi laringea può giovarsi della radioterapia, ma è specialmente in queste forme che bisogna stare attenti al dosaggio. Come raccomandazione finale l'A. ricorda che in tutte le forme tubercolari bisogna evitare le alte dosi.

MILANI EUGENIO.

Studio critico sulla radioterapia eccitante.

(O. DAVID. *Deuts. Med. Woch.*, n. 26, 29 giugno 1923).

Il concetto dell'eccitamento ha un posto importante nella moderna terapia: si è cercato pertanto di usare in tal senso anche i raggi X di cui è nota l'azione deleteria sulle cellule. Vediamo quali prove troviamo nella letteratura sull'azione eccitante dei raggi lasciando da parte le sostanze radioattive. Colla parola eccitamento noi vogliamo intendere la possibilità di spingere una cellula a una maggiore attività con conseguente maggior accrescimento e ricambio maggiore. È inutile e complicante la questione se la alterazione cellulare è in dipendenza e secondaria a un aumentato eccitamento, e d'altra parte eccitamento non va inteso nel senso comune, in quanto se si parlasse di eccitamento per

un arrossamento maggiore della pelle si sarebbe su falsa strada giacchè entra in giuoco l'innervazione capillare paralizzata. Più difficile è dar valore alle osservazioni cliniche: così se un tumore dopo una irradiazione insufficiente cresce e dà rapide metastasi è difficile dire se ciò è la conseguenza della irradiazione scarsa o per la natura stessa del processo; così è difficile dire se un tumore è impedito nello sviluppo per un eccitamento nel sistema endocrino o per la produzione di tessuto connettivo.

Anzitutto sono da vagliare quelle ricerche che cercano di influenzare tutto un sistema di organi. Stephan coll'irradiazione sulla milza ha trovato (non controllato da Perztsch) un aumento della coagulazione del sangue, ma ciò non può essere interpretato come eccitamento e la dose eccitante è una dose che distrugge determinate cellule che liberano fermenti. Nè è dimostrato l'aumento della secrezione interna del pancreas nelle esperienze dello stesso Stephan che con irradiazioni sul pancreas riesce ad aumentare nel diabetico la tolleranza dello zucchero. Anche la questione della neoproduzione dei globuli rossi o dell'emoglobina (Kohlmann, Neu, Bucky) è dubbia: già in quelle malattie che come l'anemia perniciosa hanno spontanee e rapide remissioni è difficile concludere per l'efficacia di un mezzo terapeutico, e siccome d'altra parte sappiamo che la distruzione dei globuli determina un eccitamento alla produzione, in tal senso è forse da interpretare l'azione eccitante, conseguenza di distruzione cellulare. Analogamente vanno interpretate le esperienze di Techy sulla coagulabilità dopo irradiazioni sul fegato e le azioni dopo l'irradiazione dell'ovaia. Se Schwartz trova una maggior facilità delle ferite a granulare e Thedering una neoproduzione di capelli nell'alopecia aerata, forse si tratta o di una liberazione di fermenti (Wund-hormone nel senso di Haberlandts) o di una azione di arresto sul processo patologico. La questione dunque in base ai dati clinici non si lascia risolvere: osserviamo le ricerche sperimentali. Le ricerche volte a vedere le influenze dei raggi sul germogliare e sulla crescita delle piante dimostrano che in genere i due processi sono arrestati: ma come Koernicke riferisce nel suo lavoro di riassunto delle varie esperienze, si può avere dapprima un accrescimento più rapido e poi più tardi l'arresto.

Questa transitoria azione eccitante era già stata vista da Weber che esperimentava sulle gemme invernali del sambuco (Flieder); egli vedeva accorciato il periodo di riposo e il germogliare di tutta la gemma e la crescita: ma successivamente si aveva la morte in pieno sviluppo. Körnicke pertanto crede che l'azione distruggente passa per un periodo di eccitamento e sarebbe possibile con piccole dosi in alcune piante provocare un eccitamento non seguito da un arresto evidente. È certo però che in tutto ciò va tenuto conto non solo della qualità della pianta ma anche di differenze individuali giacchè nello stesso ordine di ricerche alcuni AA. hanno trovato un eccitamento, altri un arresto. Jüngling, d'altra parte, invece di esperimentare su piante in gemma o germoglianti ha sperimentato sulle radici delle piante allo scopo di trovare un mezzo di dosaggio biologico: egli non ha veduto azione eccitante ma la quantità dei raggi è proporzionale all'arresto nello sviluppo stesso. Viceversa Alberstädter e Simon tenendo conto dell'*optimum* della dose e sperimentando sul frumento e sull'orzo hanno trovato un'azione eccitante. Schwartz, Czepa, Schlinder credono sia un reperto causale: sarebbero differenze individuali per cui sarebbero necessarie migliaia di ricerche.

In conclusione non è ancora dimostrato che l'azione eccitante non sia seguita da arresto, però è certo che i raggi X possono avere una azione eccitante ma del resto si può trattare di eccitamento secondario per liberazione di fermenti. Anche le ricerche sulle cellule animali, sugli embrioni di rana, sulle uova di rane e ascaridi dànno risultati discordi e più che su disposizioni individuali il fatto che qualche volta si ottiene un eccitamento e non altre volte può dipendere dal fatto (von Hoffmann) che un aumento dei processi vitali per piccole dosi si può ottenere solo quando le condizioni esterne e interne di vita della cellula permettono un aumento ulteriore dei processi vitali, altrimenti le piccole dosi saranno nocive. Anche qui come si vede entra un fattore ignoto che ora rende ora no possibile l'azione eccitante.

Con le ricerche sui tessuti animali si è analogamente cercato di sciogliere la questione: Simon irradiando le dita ha veduto crescere di più le unghie ma le differenze sono scarse; Schmidt ha invece ripreso lo studio ricorrendo alla colorazione vitale (anche Alberstädter e Wolfsberg hanno lavorato in questo senso: l'aumento di colorazione corrisponde a un aumento di funzione. Da queste ricerche appare una azione eccitante seguita come nelle piante da alterazione. Le dosi per i singoli tessuti dimostrano una differente

ampiezza nel senso che i limiti per ogni tessuto fra l'inizio della reazione e l'alterazione sono assai diversi. David, a differenza degli altri ricercatori, ha studiato la forza funzionale dei tessuti e nei cani, conigli e cavie ha irradiato le capsule surrenali isolate operatoriamente e ha constatato che il contenuto di adrenalina cresce per le piccole dosi e diminuisce per le grandi: a parte ulteriori controlli si può pensare del resto a un eccitamento secondario. In conclusione le prove più convincenti sono la colorazione vitale e la prova funzionale giacchè tutte le ricerche dirette sulle cellule e sulle culture dei tessuti sono rimaste senza risultato, però non è in modo assoluto dimostrato che i raggi agiscono in modo primitivo non piuttosto in conseguenza di una distruzione. Ciò si accorderebbe colle nuove ipotesi di Dessauer che le azioni biologiche dei raggi X sono dipendenti dal *Punktwärme* determinato dall'energia cinetica dei raggi sulle molecole cellulari. La molecola così danneggiata per l'urto sollecita la molecola apparente, e pertanto ogni eccitamento Röntgen è in stretto rapporto con una azione dannosa.

MILANI E.

La prova di Goetsch e la radioterapia nelle forme di ipertiroidismo.

(TAMAUCEANIR. *Journal de Radiologie*, 11, 1922).

La radioterapia delle forme di Basedow e dei raggi basedoviani è già stata trattata, e secondo qualche autore, con risultati favorevoli in rapporto alla diminuzione e talvolta alla scomparsa dei sintomi: esoftalmo, gozzo, tachicardia, disturbi subiettivi. La terapia viene fatta con dosi molto leggere.

L'A. ad esempio applica raggi di 22 cm. di S. E. = filtri di 50/10-70/10 di All. = 5 M. A. 23 cm. di distanza con due porte di entrata: irradiazioni in media della durata di 5'.

La cura viene praticata in una serie di sedute alla distanza di circa 10 giorni; non è possibile dare neppure approssimativamente il numero delle sedute necessarie. È questo uno dei più gravi inconvenienti di tale terapia: non è possibile cioè stabilire i limiti delle applicazioni, dato che i sintomi non sempre scompaiono completamente; nè questi scomparsi, è possibile dedurre il sopraggiungere o meno di una ricaduta, se non quando la recrudescenza dei sintomi clinici ne renda avvertito il malato. Ne deriva perciò che non si può dare alcuna norma in questa cura e alcuni troppo presto cessano di praticare le irradiazioni; altri le continuano per troppo tempo. Coi primi facile è il ritorno di tutta la sindrome clinica; d'altra parte una cura troppo prolungata, non è priva di pericoli.

In ammalati presentanti un equilibrio tiroideo così instabile in cui si ha una gamma di disturbi che va dalle forme di Basedow al mixedema, non è difficile con troppo lunghe applicazioni, passare dalla prima alla seconda forma. Vi sono infine casi che non si giovano della radio-terapia e ciò probabilmente perchè più che di una forma di ipertiroidismo, prevale una disfunzione tiroidea.

Tutte queste ragioni, fanno sì che la radioterapia non sia molto diffusa nelle forme di Basedow.

L'A. ha cercato di evitare tutti questi inconvenienti applicando un esame clinico che facilmente permettesse di mettere in evidenza la presenza di un ipertiroidismo sia come diagnosi, sia come criterio di prognosi durante la cura. Egli ricorre alla prova di Goetsch. È noto come, iniettando in individui normali, sottocute, da 1/2 ad 1 cmc. di adrenalina all'1 ‰ non si provochi nessuna reazione; mentre in forme di iperfunzione tiroidea si abbia una forte reazione per un aumento sensibile di tutta la sindrome clinica di questa forma morbosa. L'autore pensò di applicare questa prova a tutte le forme sospette di Basedow per determinare se si dovessero o no assoggettare ad una cura radio-terapica; di continuare questa cura sino a che la reazione persistesse positiva; cessata la cura di tener in osservazione i pazienti ed assoggettarli di nuovo ad irradiazioni qualora l'irràdiazione divenisse positiva, il che, secondo l'A., avviene prima ancora che si manifestino i sintomi clinici di una ricaduta.

Di ogni malato egli determina il polso, la pressione massima e minima. Praticata l'iniezione, egli osserva il polso e la pressione ogni 2 minuti per 10', ogni 5' per 1/2 ora, ogni 10' per l'ora susseguente, e la presenza dei disturbi suggettivi. Egli ritiene inutile la prova dello zucchero.

Solo a reazione positiva egli procede alla radio-terapia ed in tal caso dopo un sensibile miglioramento, egli pratica la reazione, arrestando la cura a reazione negativa. Ogni 2 mesi circa ritorna ad osservare l'ammalato, riprendendo la cura non appena la reazione accenna a divenire positiva.

Egli porta una statistica personale nella quale divide gli ammalati da lui esaminati in 4 categorie:

1) Basedoviani veri, in cui la reazione prima positiva divenne negativa dopo la cura.

2) Ammalati migliorati dopo la cura, che andarono soggetti a ricaduta.

3) Ammalati ancora soggetti a cura e nei quali la reazione è diventata negativa.

4) Ammalati con reazione inizialmente negativa nei quali la cura fatta non diede alcun miglioramento.

L'A. da queste sue osservazioni conclude che la prova di Goetsch permette di fare una diagnosi degli stadi d'iperfunzione tiroidea; permette al Radiologo di scegliere i casi passibili di cura: costituisce una prova biologica sulla quale, fra di loro si può basare durante la cura: dopo la cura, permette tenendo l'ammalato in osservazione di rilevare l'inizio di una ricaduta prima della recrudescenza dei sintomi clinici.

PICCALUGA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

I risultati duraturi della terapia pneumotoracica nella tubercolosi polmonare.

Nel trattato sulla terapia della tubercolosi diretto dal prof. Loewenstein dal quale la Ditta Urban & Schwarzenberg ha completato la pubblicazione, segnaliamo il contributo del prof. U. Carpi, che ha trattato uno degli argomenti più interessanti, quello degli esiti duraturi del pneumotorace artificiale.

La terapia-pneumotoracica è svolta nel trattato di Loewenstein in tre capitoli: quella della tecnica dal prof. Saugmann, quello della condotta della cura dal prof. Sorgo di Vienna, infine quello degli esiti dal prof. Carpi. Questi premette un'introduzione generale nella quale segnala l'estensione che il metodo « Forlanini » ha assunto nelle sue varie applicazioni alla terapia delle lesioni cavitarie polmonari, dell'ascesso e cancrena polmonare, dell'emottisi, delle ferite del polmone e dei versamenti pleurici e infine l'influenza della concezione di « Forlanini » nell'indirizzare le indicazioni della chirurgia polmonare nella cura delle lesioni non suscettibili d'intervento pneumotoracico.

In un successivo studio sui risultati statistici, l'Autore segnala la concordanza dei risultati, dei cultori della pneumotoraco-terapia con quelli suoi personali nel dimostrare che il 50 % in media nei casi curati con pneumotorace, raggiungono una definitiva e duratura guarigione delle loro lesioni polmonari. L'Autore stabilisce una categoria di controindicazioni alla terapia pneumotoracica mettendo in prima linea le complicazioni miocardiche e di insufficienza cardio-vascolare e le localizzazioni tubercolari entero-peritoneali. Una serie di casi di guarigione di gravi casi di tisi polmonare, constatate per un periodo da 7 a 10 anni dall'inizio della malattia, è dall'Autore illustrata in tutte le particolarità cliniche del decorso. Il prof. Carpi definisce i criteri della guarigione clinica nei dati seguenti ai quali i suoi casi corrispondono completamente:

1. Scomparsa definitiva di tutti i caratteri del processo infettivo polmonare (febbre, tosse, denutrizione, ecc.).

2. Restituzione permanente della capacità al lavoro.

3. Sostituzione nella sede delle lesioni distruttive polmonari, dei segni fisici della cicatrizzazione, per un processo sclerosante, a quelli della infiltrazione distruttiva.

4. Scomparsa dell'espettorato o sua riduzione a minime tracce con assenza assoluta dei bacilli tubercolari.

L'Autore illustra altri argomenti atti alla miglior conoscenza della guarigione in seguito alla cura pneumotoracica e fra gli altri quello della dimostrata possibilità della riespansione del polmone precedentemente curato con reintegrazione della completa capacità funzionale (in casi di pneumotorace successivamente bilaterale).

Un interessante capitolo è dedicato alla anatomia patologica del processo di guarigione che l'Autore illustra con ricca documentazione di dati anatomo-patologici e di reperti istopatologici. A questo fà seguire un capitolo sulla sintomatologia del processo di guarigione che costituisce un originale compendio semeiologico nella sindrome pneumotoracica.

Questa è caratterizzata dalla retrazione della parete pneumotoracica nella sede della cicatrizzazione delle antiche lesioni, dal ripristino della funzione respiratoria nelle porzioni di polmone libere da lesioni polmonari, dalla iperfunzione compensatoria, per ipertrofia sostanziale del polmone sano, infine dallo spostamento del mediastino, della colonna vertebrale, e del cuore verso il lato sano. L'Autore chiude con uno studio patogenetico sul processo di guarigione, illustrando le varie teorie meccanica, circolatoria e immunitaria del processo di guarigione, che Egli definisce « Fenomeno complesso dipendente da numerosi fattori: fra questi, fondamentale, l'immobilizzazione del polmone e le conseguenti modificazioni funzionali dell'organo ». Il processo di guarigione si completa coll'elevazione dei poteri difensivi dell'organismo, fenomeno che costituisce un elemento essenziale della virtù terapeutica del metodo.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. DOMINICI. *Compendio di Semeiotica chirurgica.* Un vol. in-8° (N. 6 della Collana Manuali del « Policlinico »), di pag. VIII-425, con 73 figure intercalate e 4 tavole fuori testo. — Prezzo L. 42. Editore, Luigi Pozzi, Roma.

Nella produzione libraria ultima ed in specie fra le opere che mirano alla scuola ed al pubblico medico in genere un libro richiama la nostra attenzione, il *Compendio di semeiotica chirurgica* del prof. LEONARDO DOMINICI, valoroso allievo della Scuola di Roma. Se esso è dedicato particolarmente alla coltura dei giovani studenti che possono trovarvi quanto di tecnica semeiologica si richiede al letto del malato, per la sua completezza e per la precisa e rigorosa disposizione della materia può essere di non poco aiuto a quanti si occupano di chirurgia. Il divisamento dell'autore è lodevole perchè ha fatto cosa egregia colmando una lacuna sentita nell'Università Italiana ove le buone ed utili opere didattiche scarseggiano. Il libro del Dominici è tanto più pregevole in quanto in non molte pagine ha saputo raccogliere tutto ciò che è strettamente utile tralasciando metodi messi da parte dalla critica ed esponendo con rara chiarezza il solo necessario. Nulla è trascurato di ciò che lo studioso di discipline chirurgiche deve conoscere e la parte che generalmente è meno trattata nei vari manuali che vanno per le mani degli studenti, *l'esame obbiettivo con metodi strumentali*, è svolta con quella competenza che deriva dalla pratica oltre chè dalla scienza.

Mi è grato additare il nobile sforzo del Dominici perchè il suo lavoro induca altri studiosi a dotare la scuola medica italiana di manuali buoni come il suo, per modo, che anche in Italia si possa finalmente studiare con testi italiani. Prof. GIUSEPPE TUSINI.

Dott. GIUSEPPE GIANNELLI, aiuto chirurgo negli Ospedali riuniti di Roma e R. Clinica Ortopedica e Traumatologica. *Il trattamento cruento delle fratture sottocutanee.* Volume in-8°, di pag. 479, con 42 figure nel testo. — Prezzo L. 50.

Questo lavoro è una originale ed ordinata raccolta delle conoscenze necessarie per l'esercizio chirurgico corrente nei traumi dello scheletro.

Nella parte generale è esposto il criterio e il tempo dell'intervento, i vari mezzi di osteosintesi e viene messa bene in evidenza la questione dei trapianti ossei.

In uno speciale capitolo è ricordata la cura delle lesioni concomitanti dei vasi, nervi, muscoli e tendini.

Alla fine della parte generale vengono esposte delle considerazioni e conclusioni che pongono bene in luce l'importanza della cura cruenta delle fratture, non solo dal punto di vista clinico, ma anche sociale, specie per quanto riguarda l'infortunistica.

Nella seconda parte, speciale, è esposta succintamente la cura delle fratture del cranio, della faccia, della colonna vertebrale e dell'apparato locomotore.

In ciascuna frattura viene discusso il criterio d'intervento e sono ricordate le più moderne direttive tecniche operatorie.

Vi è inoltre il resoconto degli interventi cruenti eseguiti in Italia, da eminenti chirurgi e le loro interessanti osservazioni.

Questo lavoro non è ingombrante come un trattato, non è arido come un formulario, ma è un'utile guida, rapida e sicura, nella chirurgia di urgenza dei traumi dell'apparato scheletrico.

Nella esposizione chiara, in nitidissimi caratteri tipografici, sono incluse delle figure particolarmente dimostrative.

Una ricchissima bibliografia antica e contemporanea completa il bel lavoro.

Il chirurgo, come il medico pratico e lo studente potranno consultare con molta utilità questo volume del quale la chiarezza e la concisione costituisce le doti precipue.

T. F.

J. BANDALINE — *Traitement des plaies par douches d'air chaud.* Pag. 64, fig. 31. Maloine, Paris, 1923.

La fisioterapia malgrado la molteplicità delle sue applicazioni e il valore dei suoi procedimenti, è tutt'oggi trascurata e forse misconosciuta. Eppure l'applicazione nella terapia medica dell'aria calda è vecchia tanto quanto i vecchi unguenti, ma a quella si pensa assai meno e meno volentieri che non a questi. Non mancano davvero guarigioni che si debbono ascrivere alla fisioterapia, se usata convenientemente, e che s'impongono senza meno nella cura delle distrofie cutanee (piaghe flaccide, scottature, congelamenti), e, quando siano accessibili, anche a quelle sottocutanee.

I malati, la cui scelta per il trattamento deve essere rigorosa, vanno sottoposti per 15-30 m' a doccie d'aria calda a 150° proiettata da un apparecchio elettrico speciale, con la forza di 150-300 gr.

Oltre l'intensa iperemia attiva locale è notevole l'effetto analgesico della doccia calda la quale esercita una benefica azione sui proces-

si rigenerativi dei tessuti, provoca una notevole fagocitosi e possiede una spiccata azione sterilizzatrice, lasciando a guarigione compiuta, una cicatrice quanto mai elastica.

Il piccolo manuale che abbonda di luminosi esempi dimostrativi riportati negli schemi e nelle figure, non deve sembrare troppo conciso nè troppo modesto in rapporto al lavoro compiuto, ma deve piuttosto convincere che ogni verità accertata ha bisogno di poche parole per essere compresa e seguita.

E. MINGAZZINI.

O. CHIARI. *Verletzungen und Krankheiten der Weichteile des Schädeis.* Collezione « Diag. und therap. Irrtümer und der Verhütung. » (pag. 82, fig. 15). Thieme. Lipsia, 1923. (Lire it. 6.30).

In 10 compendiosi capitoli densi di personale esperienza sono descritte le affezioni traumatiche e flogistiche delle parti molli del cranio. È sorprendente riconoscere durante la piacevole lettura del piccolo manuale che molte osservazioni dell'autore corrispondono effettivamente a quelle incertezze che ogni cultore della chirurgia ha provato durante i primi passi del difficile esercizio professionale: e non è piccolo merito quello di mettere in guardia il giovane chirurgo da quegli errori in cui più facilmente si incorre: è opera di Maestri, cui si deve riconoscenza.

E. M.

C. BUA. *I tumori del legamento largo.* Padova. Tip. La Garangola. 1923 (pag. 130 con figure).

Preceduta da alcune nozioni di anatomia, la descrizione dei varii tumori strettamenti appartenenti al legamento largo, procede piana e scevra di inutili ripetizioni. Lo studio è diviso nei seguenti capitoli:

1) tumori desmoidi (fibromi, lipomi, sarcomi);
2) tumori misti;
3) tumori della porzione intraperitoneale del legamento rotondo;
4) corionepiteliomi;
5) cisti dermoidi;
6) tumori da residui embrionali del legamento largo (cisti parovariche, ipernefromi);
7) cisti da echinococco.

Alla parte riguardante i fibromi è stato dato il massimo sviluppo per la loro considerevole e preponderante importanza Il volume spoglio di disquisizioni scientifiche è denso di osservazioni personali ed è corredato infine da una ricca e completa letteratura.

E. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VI Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Napoli, 5-8 novembre 1923.

Grande è stato il concorso dei neurologi italiani a questo Congresso.

Abolite le relazioni su temi generali è stato possibile discutere sopra un centinaio di comunicazioni che hanno toccato i più svariati argomenti che occupano oggi la mente degli studiosi della materia, dando luogo a discussioni di alto valore pratico e culturale.

I professori JEMMA, BOERI ed ANGELUCCI con tre loro relazioni hanno avvicinato i neurologi a complesse questioni che esulano dal campo della neuropatologia pura per quello più vasto della patologia e clinica generale. Il fatto va segnalato perchè dimostra quanto sia giusta la tendenza, rispondente d'altra parte ad una vera necessità, per la quale si vuole oggi che lo specialista non resti chiuso nel cerchio ferrato dei propri metodi e dei propri fini, ma continuamente miri ad addentellare la sua coltura con quella delle specialità consorelle maggiori o minori, per la miglior conoscenza del caso clinico, non in rapporto col solo organo o sistema leso, ma con tutto l'individuo.

Il Pediatra di Napoli riferì circa la diffusione del morbo di Heine-Medin a Napoli e dintorni prospettando la necessità di conoscere meglio la distribuzione geografica e regionale della malattia per poterne approfondire anche da noi lo studio epidemiologico come su vasta scala è stato fatto in altri paesi (America, Norvegia).

Il prof. BOERI illustrò dal punto di vista della importanza semeiologica le ipotrofie muscolari nella tubercolosi polmonare. Il clinico oculista di Napoli riferì sopra il referto oftalmoscopico, tutt'altro che raro, di edema della papilla in soggetti giovani con cefalea, e che guariscono rapidamente con le punture lombari; laddove quando non s'intervenga, si vede presto comparire l'atrofia secondaria degli ottici. L'importante comunicazione, che si ricollega con il grave problema di certe atrofie degli ottici di difficile interpretazione, e apparentemente primarie, diede modo al prof. AJALA di ricordare i numerosi studi in proposito della scuola romana, dalla *caephalea permanens* di Mingazzini, alla meningite sierosa studiata profondamente dall'Ajala stesso, lavori questi ai quali si ricollegano quelli degli oculisti della scuola di Cirincione (Di Marzio, Reverdino, ecc.).

Non potendo qui riferire su tutte le comunicazioni presentate al Congresso crediamo più utile per il lettore sintetizzare gli argomenti principali trattati accennando alle relazioni che vi si riconnettono. L'encefalite epidemica e sopratutto i suoi esiti affaticano ancora la mente dei neurologi sopratutto per ciò che riguarda la patogenesi e l'anatomia patologica. Il prof. DONAGGIO con le fini ricerche istologiche eseguite sopratutto con il suo metodo quarto e con una nuova colorazione glo-

bale del sistema nervoso ha potuto mettere in evidenza come le distruzioni anatomo-patologiche che caratterizzano il Parkinsonismo postencefalitico non siano localizzate soltanto allo striato e al *locus niger* ove dai più sono confinate in modo quasi assoluto, ma ha dimostrato che esistono alterazioni e gravi anche della corteccia.

Sull'argomento hanno portato il contributo delle loro personali osservazioni e ricerche istologiche anche D'ANTONA, INSABATO, ROSSI, D'ABUNDO, DE LISI, RONCORONI.

Circa la patogenesi destò interesse la comunicazione del prof. BUSCAINO che ha rilevato presenza di sostanze basiche abnormi del gruppo delle ammine negli individui affetti da sindromi extrapiramidali, da amenza, e demenza precoce.

Riguardo l'anatomia patologica delle sindromi postencefalitiche come della demenza precoce a tipo catatonico, BUSCAINO tornò ad illustrare la importanza delle zolle di disintegrazione da lui descritte, e che alcuni autori vorrebbero soltanto mettere in rapporto con speciali reazioni dei processi coloranti. BUSCAINO dà invece a queste zolle così dette «a grappolo» valore anatomopatologico speciale. In seno al Congresso si riaccese la discussione che già ebbe un'eco sulle riviste della specialità ed ANSALONE specialmente non si mostrò convinto del valore patologico di queste zolle, ripromettendosi peraltro di approfondire ancora le ricerche sull'interessante reperto.

L'attenzione dei congressisti fu grandemente attratta dalle comunicazioni dei proff. D'ABUNDO, AGUGLIA e MODENA sulla cura della paralisi progressiva con la inoculazione di malaria (terzana), secondo il metodo della Clinica di Wagner. I risultati di questi autori — anche se non ancora numerosi — sono tali da incoraggiare la pratica, tanto più che D'ABUNDO e AGUGLIA ne hanno esteso l'applicazione ad altre forme di malattie mentali, sopratutto nella demenza precoce catatonica, nella epilessia, ed anche nelle sindromi parkinsoniane postencefalitiche. La discussione sulla cura alla Wagner culminò con la presentazione di un ordine del giorno della Società Neurologica, proposto e presentato dal prof. MINGAZZINI, con il quale si fanno voti perchè in tutte le Cliniche e Ospedali psichiatrici essa venga applicata su larga scala in modo da darne un giudizio sintetico e definitivo che sia basato su ampie statistiche.

Della scuola romana di Neurologia erano presenti, oltre il Maestro, FUMAROLA, AJALA, CALLIGARIS, SABATUCCI. MINGAZZINI ha portato nuove prove al suo concetto circa la funzione del lobulo di Broca. Secondo questo oratore nel lobulo di Broca sono registrati i ricordi (engrammi) delle immagini motorie (o glosse cenestesiche), non delle parole, ma delle sillabe; esso è deputato a disporle e ad ordinarle in serie determinate a seconda gli viene comandato dalle immagini provenienti dal centro verbo-acustico e talvolta anche dalle immagini verbo-ottiche.

FUMAROLA ha illustrato un caso di tumore del lobo temporale che in vita non aveva dato alcuna manifestazione di afasia sensoriale, pur avendo dimostrato l'autopsia come il centro di Vernike fosse profondamente compromesso.

CALLIGARIS portò un nuovo contributo ai suoi vasti studi sulle «linee iperestesiche del corpo». AJALA riferì circa un nuovo «nucleus subputalamicus», da lui messo in evidenza in modo speciale. Questo relatore, prendendo occasione da un caso di tumore del cervelletto studiato da Baldi, illustrò la casistica della Clinica Neurologica di Roma riferendo su otto casi di tumori di detta formazione, tutti con reperto anatomo-patologico.

SABATUCCI riferì sopra un raro caso di tumore bilaterale del nervo acustico.

Alla presidenza delle notevoli riunioni di questo Congresso si successero volta a volta il senatore BIANCHI, e i proff. TANZI, FRAGNITO, DONAGGIO, LUGARO e MINGAZZINI. SABATUCCI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 29 giugno 1923.

Presidente: Prof. G. DAGNINI.

Malaria latente e pseudo-crisi nitritoidi da salvarsan in sifilitici.

F. DE NAPOLI. — Quattro casi che per la loro sintomatologia potevano far pensare a crisi nitritoidi tardive, hanno rivelato nei precedenti dei malati (tutti sifilitici curati con iniezioni endovenose di neosalvarsan Meister-Lucius) la malaria, silente da parecchi mesi. In nessuno degli infermi la sintomatologia si rivelò alla prima iniezione, ma sempre dopo la terza. I sintomi consistevano in tremore, brivido di freddo, tachicardia, nausea o tendenza al vomito e febbre, insorgenti da mezz'ora a due ore dopo l'iniezione endovenosa. Il preparato usato era lo stesso iniettato a vari altri infermi e sicuramente esente da quei difetti di fabbricazione, che allo stesso O. diedero una serie di 13 crisi nitritoidi nell'estate-autunno del 1921, e da lui pubblicati nel *Policlinico* (Sez. pratica, 1922).

L'O. fa la diagnosi differenziale fra le vere crisi nitritoidi e le pseudo-crisi occorsegli, e che altro non sono, secondo lui, se non accessi malarici provocati dal neo-salvarsan. Espone le ragioni per cui è da escludersi l'*anafilassi* — che ritiene non provocabile da sostanze cristalloidi — e la *reazione di Erxheiner*, e mette in guardia contro l'uso degli arsenobenzoli in individui sifilitici senza prima accertarsi della loro immunità dalla malaria. Ricorda come lo SCHIASSI, il QUARELLI ed altri abbiano fatto rilevare l'efficacia degli arsenicali quali rivelatori della malaria latente e come il QUARELLI, dopo iniezioni di Salvarsan, abbia trovato in pazienti il parassita della malaria stessa.

SCHIASSI. — Desidera chiarire il concetto patogenetico della presunta azione provocatrice del neo-Salvarsan riguardo alla malaria latente. Ritiene che lo scoppio dell'accesso non sia da riferirsi ad una mobilitazione dei parassiti annidati negli organi interni, bensì al fatto che le iniezioni di neo-Salvarsan determinano una depressione nell'organismo infetto, il che permette la moltiplicazione dei parassiti esistenti in circolo. Infatti GOLGI ha dimostrato che l'accesso malarico è le-

gato essenzialmente alla maturazione e moltiplicazione dei parassiti. E che la suddetta ipotesi sia giusta, lo conferma il fatto che gli accessi osservati in seguito ad iniezioni arseno-benzoliche sono in genere gravi, talvolta mortali, in rapporto appunto alle gravi condizioni di indebolimento generale in cui viene a trovarsi l'organismo in seguito ad esse.

La bisessualità come carattere individuale costante e relativa opoterapia antiomosessuale.

F. DE NAPOLI. — Espone le teorie per cui filogeneticamente ed ontogeneticamente ogni individuo abbia elementi sessuali maschili e femminili, ed enuncia il principio che il *sesso* — come caratteri fisici, primari e secondari e come tendenze — *è dato non dalla somma di elementi omologhi ma dalla differenza di elementi eterologhi e dalla conseguente prevalenza di uno di questi.*

Enumera le ragioni filogenetiche ed ontogentiche di tale concezione, riportando esempi tratti dal regno vegetale e dal regno animale, facendo cenno della partenogenesi e dell'ermafroditismo quali primi esponenti della bisessualità, che si rileva anche con l'inversione del sesso per tanti motivi, e principalmente per l'apparizione di caratteri secondari in seguito alla cessata o soppressa funzione degli organi che caratterizzano il sesso.

Tratteggia le teorie della *omosessualità* e propone di correggere tale inversione con l'*opoterapia* somministrando o meglio iniettando i principi deficienti del sesso che l'individuo sessuale rappresenta e preconizza gli innesti alla WORONOFF per tale cura. Illustra due casi occorsigli, e da lui curari con viroglandolo.

Verruca spinosa del faringe.

P. CALICETI. — Si tratta di un giovane che andava soggetto a catarro naso-faringeo e presentava stenosi nasale. All'esame del faringe orale si riscontrò sul velopendolo la presenza di due piccoli tumoretti, grandi quanto un cece, di colorito bianco perlaceo, splendenti, di aspetto verrucoso, impiantati l'uno sul margine destro dell'ugola e l'altro sulla metà destra del palato molle, parete anteriore.

Il MARCHIAFAVA diede il nome di verruca spinosa laringea ad una produzione essenzialmente epiteliale, in cui da un lato esisteva iperplasia delle cellule epiteliali spinose (acantosi), dall'altro corneificazione delle cellule, le quali si accumulavano dando origine a produzioni spinose (ipercheratosi). Il tumore esaminato sia per la struttura istologica che per l'aspetto di verruche a spine con ipercheratosi è del tutto simile a quello illustrato dal MARCHIAFAVA, e perciò l'O. crede che esso meriti il nome di verruca spinosa e che per la sede si possa distinguere col nome di *verruca spinosa del velopendolo.*

G. M. PICCININI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta dell'11 luglio 1923.

Iperplasia muscolare congenita.

O. ROSSI. — L'O. presenta ai colleghi una bambina decenne nella quale dalla nascita esiste un evidente maggiore sviluppo in grossezza dell'arto superiore destro. Non vi è ispessimento cutaneo evidente neppure all'esame istologico (biopsia); le ossa non presentano che insignificanti variazioni di volume in confronto a quelle dell'altro lato (radiografia); il maggiore volume è invece dovuto ad uno sviluppo esagerato dei singoli muscoli e sopratutto di quelli prossimali. All'esame istologico (biopsia) i muscoli appaiono costituiti normalmente, con fibre singole di volume normale; da ciò si deduce che l'aumento di volume di ogni muscolo non può essere dovuto che ad aumento numerico delle fibre — iperplasia —. I muscoli giganti funzionano bene; spiegano una forza cospicua, molto superiore a quella dei muscoli omologhi dell'altro lato e superiore assai anche a quella dei muscoli di un normale della stessa età; anche il contegno di fronte agli stimoli elettrici è normale.

L'O. segue la bambina da circa 9 anni ed ha potuto rilevare che i muscoli in parola crescono sempre mantenendo le loro caratteristiche.

Dettagli su questa malata, all'età di pochi mesi, si possono trovare sulla *Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde*, vol. 42, o sugli «Atti del IV Congresso della Società Italiana di Neurologia».

I sali alogenati di sodio diminuiscono la tossicità della stricnina.

I. SIMON. — L'O., già molti anni addietro, dimostrò che il cloruro di sodio diminuisce la tossicità della stricnina e che questo fatto è dovuto ad una minor solubilità della stricnina in presenza di cloruro di sodio.

Estendendo queste ricerche agli altri sali alogenati di sodio ha potuto vedere con esperienze in vitro che il bromuro e l'ioduro di sodio diminuiscono anch'essi la solubilità della stricnina. Anche in vivo miscele di nitrato di stricnina e di bromuro e di ioduro di sodio si mostrano meno tossiche dei sali di stricnina. L'O. crede che il fatto sia dovuto alla formazione di complessi molecolari tra sali di stricnina e sali alogenati di sodio e si riserva di riferire quanto prima le ricerche in corso sull'argomento.

Ha il cloruro di sodio una funzione regolatrice della viscosità del sangue?

I. SIMON. — L'O. l'anno passato comunicò alla Società che il bromuro di sodio diminuisce la viscosità del sangue nell'animale vivente: in una seconda comunicazione aggiunse che anche il cloruro e l'ioduro di sodio producono lo stesso effetto. Ricerche ulteriori gli hanno permesso di stabilire che le piccole dosi di cloruro di sodio diminuiscono la viscosità del sangue, mentre le dosi grandi la accrescono.

L'O. rende noto il fenomeno in quanto ritiene che abbia un particolare interesse per il fatto che le piccole dosi che dànno l'abbassamento della viscosità corrispondono proprio a quelle che noi introduciamo coll'alimentazione, sicchè, pur facendo ogni riserva, si potrebbe forse pensare ad un'azione dell'NaCl regolatrice della viscosità del sangue. L'O. si limita ad accennare a tale possibilità, assicurando che continua con ogni cura lo studio dell'importante argomento.

DE-BENEDETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I segni della tubercolosi polmonare infettante.

Il Braüning pubblica nella *Deutsche Medizin Wochenschrift* (18 maggio 1923) alcune ricerche atte a maggiormente precisare le relazioni fra infettività e presenza di bacilli di Koch nello sputo.

L'A. conferma anzitutto che esistono casi di Tubercolosi Polmonare manifesta ed attiva nei quali manca il reperto dei bacilli nello sputo. Esiste un parallelismo fra la forma clinica e l'esito della ricerca dei bacilli: fra i casi sanatoriali l'A. li trovò mancanti il 63 % delle volte nella forma cirrotica, il 36 % nella forma produttiva, in meno dell'1 % in quella essudativa. I casi inoltre di T. P. chiusa da un momento all'altro possono diventare aperti, e questa possibilità è in rapporto con l'estensione delle lesioni al solo apice, all'apice ed all'ilo, oltre l'ilo.

I bacilli possono mancare durevolmente, perchè in molti casi manca durevolmente l'espettorazione. Però se in questi malati si provoca l'espettorazione con la somministrazione di joduro di potassio, o si fanno le ricerche durante una infezione bronchiale intercorrente (raffreddore, ecc.), anche se le ricerche vengono fatte per norma generale spesso e nei periodi opportuni, molti esami restano sempre negativi. Fra questi negativi, una percentuale minima, il 2 %, possono invece presentare il bacillo nelle goccioline spruzzate con la tosse o con il parlare. Invece il 35 % dànno l'inoculazione positiva nella cavia.

In base a questi dati si può affermare che esistono casi di T. P. attiva nei quali i bacilli nello sputo sono irreperibili durevolmente.

L'A. inoltre si è domandato se i casi di T. P. chiusa di questo genere sono infettanti o no: e si è convinto che lo sono molto di rado. Su 54 bambini di età fra i 4 mesi ed i 6 anni che vivevano a contatto con questi malati ebbe la Pirquet positiva nel 9 %. Mentre in altri 79 bambini della stessa età che vivevano a contatto di individui affetti da T. P. aperta ebbe Pirquet positiva in 80 % dei casi.

Il Braüning in fine non crede che esistano criteri della infettività della T. P. più attendibili di quello della presenza dei bacilli nello sputo. Una distinzione basata sui soli segni clinici, o sui segni clinici e radiologici insieme, sarebbe poco chiara sia perchè i diversi autori dànno diversa interpretazione ai diversi segni; sia perchè i segni radiologici solo nel 67 % sono certi, mentre per i restanti sono solamente sospetti e qualche rara volta anche negativi.

PERSIA.

Sui danni delle iniezioni diagnostiche di tubercolina.

Molti ritengono pericolose le iniezioni sottocutanee di tubercolina a scopo diagnostico. Moro nei lattanti, e altri AA. negli adulti, videro talvolta seguire immediatamente il quadro completo della tubercolosi miliare. Non è però facile stabilire da qual momento dell'evoluzione della malattia comincia ad esser dannosa un'iniezione di tubercolina: evidentemente non può esso coincidere con la comparsa di bacilli nello sputo, nè con l'evidenza radiologica di lesioni polmonari specifiche, la quale del resto non deve intendersi in senso assoluto: viene da A. Neustadt e E. Stadelmann (*Deutsche M. Woch.*, 2 marzo 1923), riferito un caso, con diagnosi radiologica di tubercolosi, in cui la paziente venne a morte, e si trovarono bronchiettasie multiple, ma non processi tubercolari. Talvolta la tubercolina dà reazioni di focolaio in malattie non tubercolari, come il reumatismo articolare acuto e la tabe (R. Schmidt). Sinora non è stata portata nessuna sicura prova che la tubercolina dia reazioni strettamente specifiche.

DORIA.

CASISTICA.

A proposito di alcuni casi di cirrosi atrofica.

O. Cantelli (*Studium*, n. 2, 1923), prendendone occasione dallo studio di alcuni casi di cirrosi epatica da lui eseguiti per un tempo lunghissimo, alcuni dei quali venuti anche al tavolo anatomico, tratta primieramente delle difficoltà che si riscontrano nella diagnosi delle forme iniziali ed in quella della valutazione etiologica. Dimostra come sia facile ingannarsi nell'assegnare, ad es., valore a fenomeni diarroici. Ricorda come l'alcool si riscontri come dato etiologico solo nel 33 % dei casi. Prospetta infine un coefficiente regionale. Tratta poi del vario comportamento della milza nella precirrosi. Egli spiega il fenomeno ammettendo il passaggio diretto dei veleni cirrogeni provenienti dall'intestino, dal fegato alla milza, invocandone la varia resistenza individuale.

Egli dimostra quindi che si arreca confusione quando si voglia schematizzare e ritenere come sinonime le denominazioni: « di periodo

prodromico, precirrotico e preascitico» e quelle di «ascite e cirrosi». Difatti egli ricorda, a proposito di un suo caso, che il periodo prodromico presenta caratteri clinici ed anatomici propri non confondibili con quelli del precirrotico. Che l'ascite la quale dipende da uno svariato numero di cause, che si può riscontrare in tutti i periodi e che è assente nel maggior numero dei casi, non può essere assolutamente posto a fondamento di una classificazione schematica. Perciò egli afferma essere necessario farsi un concetto esatto di ogni singolo ammalato indipendentemente da qualsiasi schema scolastico.

Riporta poi un caso, diagnostico in vita ed unico nella letteratura, il quale presentava come segno esclusivo di disturbo circolatorio un idrotorace destro rapidamente rinnovantesi. Si dilunga sulla disquisizione diagnostica riportando le ragioni che lo condussero alla diagnosi di cirrosi.

Descrive inoltre un caso di cirrosi in settantaquattrenne, con etiologia ignota, milza piccola, ascite siero-sanguinolente. Discute tutte queste evenienze soffermandosi specialmente sul comportamento della milza. Esclude la concomitanza di una neoplasia e di una peritonite. Conclude ritenendo che il caso rappresenti una *speciale forma atipica di cirrosi in vecchio*, da aggiungersi alle quattro descritte dallo Schlösinger.

Infine, e solo per la grande rarità, poichè nella letteratura non se ne conoscono che una trentina, riporta un caso di cirrosi atrofica con versamento addominale opalescente.

Gli itteri tifo-paratifici.

L'evoluzione clinica di queste forme è del tutto uguale a quella delle infezioni tifiche o paratifiche con in più l'ittero; batteriologicamente la natura della malattia può venire dimostrata dall'emo- e copricoltura e dall'agglutinazione. Le prove epidemiologiche sono date dalla sovrapposizione di itteri e di infezioni tifoidi e paratifoidi. E. Sacquépée (*Paris méd.*, 19 mag. 1923) passa in rassegna le piccole epidemie familiari o di gruppi limitati e quelle più estese di cui un tipo fu l'ittero castrense osservato nel 1915 nel corpo di sbarco francese ai Dardanelli. La prova cruciale è stata fornita dall'esperienza di Cantacuzène che ottenne lo sviluppo dell'ittero paratifico nell'uomo mediante l'ingestione del bacillo dell'epidemia romena.

Tale forma è però rara nelle infezioni abbastanza gravi in cui l'esame clinico è sufficiente per stabilire la diagnosi. Ciò si spiega per due ordini di fatti. Anzitutto i bacilli paratifici isolati nelle epidemie di ittero sono atipici, specialmente in riguardo alle fermentazioni degli zuccheri ed alla agglutinazione. In secondo luogo l'ittero si osserva, salvo eccezioni dovute a coesistenza di altri germi, nelle forme meno gravi, sia perchè il germe è meno virulento sia perchè il terreno è più resistente.

In complesso si può ritenere che l'ittero tifoparatifico si osserva di solito in due condizioni, cioè quando l'infezione è dovuta ad un germe di varietà itterigena e quando essa si sviluppa sopra un organismo in stato di semi-immunizzazione per un attacco anteriore benigno e lontano o per una vaccinazione insufficiente; negli eserciti le vaccinazioni bene eseguite hanno fatto scomparire gli itteri. Al contrario lo stato di non immunizzazione determina manifestazioni cliniche gravi che non si accompagnano ad ittero. *fil.*

Ittero emolitico in pneumococcemia primitiva e pneumonite secondaria.

L. Izard (*Paris médicale*, 1923, n. 22) riferisce un caso clinico di coccemia con ittero alla quale seguì la localizzazione polmonare del pneumococco.

Il malato, giovine di 21 anni, entrò in ospedale con febbre alta, senza dispnea, nè cianosi, con sub-itero congiuntivale. La malattia aveva esordito un giorno avanti con senso di freddo ai lombi, senza brividi, seguito subito da forte rachialgia, cefalea intensa e vivo dolore alla fossa iliaca sinistra. L'E. O. dimostrò tumore di milza e fu negativo per gli altri organi interni. Orine albuminuriche, senza pigmenti e senza sali biliari. Emocultura. In terza giornata l'ittero aumenta, le orine contengono molta urobilina, senza pigmenti, le feci sono colorate. L'E. O. è immutato ed è scomparso anche il dolore spontaneo ed inspiratorio alla fossa iliaca sinistra.

Dopo 15 ore il brodo di emocultura è ricco di diplococchi lanceolati ed areolati Gram-positivi. La resistenza globulare con emazie deplasmatizzate comincia a 0.54. Emolisi parziale delle emazie del malato con siero di soggetto sano: controlli negativi.

Alla sera del terzo giorno si hanno chiari segni di un addensamento polmonare alla base di sinistra.

In 5ª giornata l'ittero si attenua, ma la temperatura persiste fra 40° e 41°. In questo momento e nel giorno seguente il paziente ebbe 2 iniezioni di 40 cc. di siero antipneumococcico ognuna.

In 10ª giornata si ebbe apiressia e scomparsa graduale dei segni polmonari; in 16ª giornata, convalescenza piena, lieve sub-ittero congiuntivale, resistenza globulare 0.52, non emazie granulose, orine urobilinuriche.

L'A. mette in rilievo la precocità e la fugacità della prima emocultura ricca di germi identificati per il pneumococco tipo I puro e la negatività delle emoculture successive alla localizzazione polmonare. E questa osservazione conforme ad altre identiche praticate in un certo numero di pneumonici, contrariamente alle osservazioni su animali che sembrano dar ragione alla teoria aerogena, permette di supporre che qualche volta il diplococco di Talamon segue la via sanguigna per localizzarsi al polmone.

Interessante è anche l'esordio della malattia con ittero del quale fu certo responsabile il pneumococco. I caratteri clinici (tumore di milza, feci colorate), ematologici (diminuzione della resistenza globulare) e urinari (molta urobilina senza pigmenti) ci inducono a ritenerlo un ittero emolitico.

L'A. infine segnala l'azione benefica del siero antipneumococcico. PERSIA.

Reviviscenza mammaria nell'uomo in casi di cirrosi epatica.

R. Silvestrini (*La Diagnosi*, 1923, n. 13) descrive brevemente quattro casi di cirrosi epatica nei quali — si trattava di uomini dai 40 ai 58 anni — spiccava un notevole aumento di volume delle ghiandole mammarie. In uno dei casi si potè eseguire l'esame istologico dell'organo stesso: da esso risulta l'aumento della quantità di grasso disposto irregolarmente ad ammassi fra il tessuto connettivo, in mezzo al quale sono osservabili anche vari isolotti di struttura glandulare.

L'A. esclude che tale ipertrofia mammaria possa spiegarsi con una possibile protratta alimentazione lattea, nè con la stasi venosa: egli ricorda le strette relazioni che intercedono fra il fegato e la glandula mammaria, ed ammette una ipertrofia funzionale: poichè per la via superficiale venosa, addomino toracica, passano materiali che sfuggono alla elaborazione del fegato, venendo a contatto con le celluli glandulari mammarie, queste sono eccitate a funzionare e quindi ad ipertrofizzarsi. MONTELEONE.

TERAPIA.

Il trattamento della dismenorrea.

G. Blaker (*Lancet*, 1923, pag. 814) ammette due forme di dismenorrea, con o senza malattia degli organi pelvici; la forma primaria o spasmodica è la più frequente nelle ragazze giovani e nelle maritate sterili; si ritiene che sia dovuta a spasmo dello sfintere all'orificio interno del collo uterino, accompagnato da contrazioni uterine a tipo di colica.

Si porterà dapprima l'attenzione sullo stato di salute generale, sul genere di vita e sull'ambiente. Le condizioni che più spesso si riscontrano sono l'anemia e la costipazione. La prima aumenta il dolore diminuendo il deflusso del sangue, la seconda provocando congestione pelvica. Nello stesso modo agiscono l'affaticamento, la stazione eretta prolungata, l'alimentazione insufficiente od impropria e l'alcool. È importante l'esercizio fisico all'aria libera; durante le mestruazioni se i dolori non sono molto forti, la donna non cambierà le proprie abitudini, altrimenti in caso di dolori violenti si consiglierà il riposo. Durante il periodo si faranno fare dei bagni caldi e si eviteranno i raffreddamenti e i bagni freddi.

Importante è anche la cura adatta della costipazione, contro la quale si userà una dieta adatta (vegetali, frutta) facendo prendere una quantità sufficiente di acqua; in caso di bisogno si ricorrerà all'olio di vaselina, alla cascara od eventualmente alla senna, allo zolfo, all'aloe, ai purganti salini effervescenti.

Nei casi gravi la paziente terrà il letto e farà applicazioni calde all'addome ed alla schiena mediante bottiglie calde; è consigliabile il pediluvio senapato, sono utili dei piccoli clisteri caldi, di acqua semplice o con bromuro di sodio o potassio (g. 1,20-1,80) cloretone (cg. 60-90) cloralio idrato (g. 1,20) e, specialmente se vi è vomito, l'antipirina (cg. 90) sospesa in piccola quantità di mucillagine di amido. Internamente si potrà dare l'antipirina, la fenacetina, l'aspirina (cg. 60-90) od il piramidone (cg. 30-50), meglio se associati con citrato di caffeina in ragione di un quinto della dose dei detti medicamenti. Molto consigliabile è l'atropina per i suoi effetti sedativi sullo stomaco e sull'utero; si darà a dosi di mezzo milligrammo, tre volte al giorno prima che si inizi il periodo, dose che può essere aumentata se la paziente la tollera bene. Assolutamente da evitare sono la cocaina e la morfina concedendo tutt'al più piccole dosi di oppio associate ai bromuri.

Se fallisce il trattamento medico, si potrà ricorrere alla dilatazione, che porta la guarigione in un terzo dei casi, e dà miglioramenti in un altro terzo. Se anche essa fallisce è stata consigliata l'isterectomia, che però non è mai giustificabile nelle giovani. Il più delle volte il tempo, le cure, il matrimonio o la gravidanza portano la guarigione. Nei casi ribelli si potrà ricorrere al radio (50 mg. per 8-10 ore); si ha al primo mese una mestruazione profusa, ma poi si ha l'amenorrea per 12-18 mesi.

fil.

Indicazioni ed abusi del raschiamento uterino.

P. Guériot (*Paris médical*, 16 giugno 1923) osserva che, a parte l'ablazione degli annessi in gran voga venticinque anni or sono, non vi è operazione ginecologica di cui si sia tanto abusato quanto del raschiamento uterino. Sussidio terapeutico realmente prezioso nei casi in cui esso è indicato, il raschiamento uterino è un'arma a doppio taglio che, applicata male a proposito, può diventare pericolosa e funesta. Le sue indicazioni si sono andate restringendo da una trentina di anni a questa parte. Così non lo si mette più in uso come trattamento palliativo dei fibromiomi, poichè, quando il tumore non comporta l'ablazione chirurgica, si ricorre alla roentgen- od alla curieterapia. Così pure nel cancro inoperabile del collo, in cui il raschiamento si considerava un trattamento palliativo efficace, è ora sostituito dalle applicazioni di radio. Nel cancro del corpo esso ha grande valore non già come procedimento terapeutico, ma come mezzo diagnostico; tale tumore non accessibile al tatto, lo si deve sospettare in donne che dopo la menopausa vedono ritornare delle perdite sanguigne od in quelle che, vicine all'età critica, hanno perdite sanguigne irregolari e prolungate, senza alcuna lesione del collo; in tal caso l'esame dei detriti asportati col raschiamento potrà fornire utili indicazioni.

Nelle metriti croniche specialmente a forma emorragica, il raschiamento conserva tutto il suo valore, sebbene anche il radio possa dare buoni risultati. Ma la maggiore indicazione del raschiamento è sempre data dalla ritenzione dei residui placentari o membranosi dopo l'aborto e talora anche dopo il parto. Non bisogna però seguire il consiglio di alcuni che, in caso di ritenzione di membrane dopo il parto, a placenta espulsa, praticano sistematicamente il raschiamento; tale ritenzione, con buone cure antisettiche è di solito ben tollerata senza complicazioni; invece il raschiamento è indicato quando la ritenzione è complicata con emorragia o con infezione uterina. Neppure dopo l'aborto il raschiamento va praticato sistematicamente; in primo tempo, cioè entro le prime cinque o sei ore, non si interverrà se non in caso di emorragia, ed anche in seguito, per uno o due giorni, si può attendere sorvegliando la paziente e facendole tenere il letto. Più tardi l'intervento di scelta sarà il raschiamento digitale e, solo se l'aborto data da diverso tempo, si farà il raschiamento con un cucchiaio smusso. La proporzione dei casi che esigono il raschiamento nella clientela privata non supera i tre su dieci.

Una indicazione che ha veduto i maggiori abusi è quella che riguarda la infezione puerperale in cui il raschiamento digitale o strumentale può provocare gravi danni. Esso in tali casi deve essere del tutto abbandonato e solo riservato nei casi di infezione con ritenzione o sospetto di ritenzione dei residui ovulari.

A. Z.

Cause dell'inefficacia del radium nel cancro del corpo uterino.

Secondo Oppert (*La Gynécologie*, mag. 1923) le formule *cancro del collo = radium* e *cancro del corpo = operazione* è troppo generale. Certi epiteliomi cilindrici superficiali della mucosa del corpo vengono guariti benissimo dal radium specialmente se sviluppatisi in un utero senile atrofizzato. Gl'insuccessi sono imputabili a insufficienza della tecnica. In base alla sua esperienza, l'A. ammette che l'efficacia del rimedio è subordinata: 1° all'opportuna distribuzione dei fuochi radiferi, i quali vanno collocati asetticamente, col minimo di distruzione dei tessuti malati e sani; 2° all'intensità: le dosi deboli ma protratte sono più attive di quelle intense e brevi.

In esito alla biopsia, si praticano un raschiamento completo, e una disinfezione accurata della cavità uterina; poi si procede all'applicazione prolungata endocavitaria di un dispositivo radifero di debole intensità. La dilatazione ampia della cavità, permette di distribuire i fuochi radiferi in punti d'elezione, sulla zona d'impianto del tumore.

A. P.

Le iniezioni di latte nei vomiti incoercibili della gravidanza.

Sono state provate con successo da Ruotte (rif. in *Journal des praticiens*, 6 ottobre 1923).

Il primo tentativo venne fatto in una donna in cui erano stati provati inutilmente tutti i mezzi e si era proposto l'aborto. La prima e la seconda iniezione di 10 cmc. sono state senza reazione e senza risultati. Quaranta ore dopo se ne fece un'altra di 20 cmc.; ancora nessuna reazione, ma i vomiti cessarono quasi completamente; un'altra iniezione pure di 20 cmc., fatta a 48 ore di intervallo, completò la guarigione. Lo stato generale migliorò rapidamente. Un altro caso favorevole è stato riferito da Bienvenue. Il latte sembra il liquido di *choc* da scegliersi per le reazioni meno violente e per i risultati spesso assai buoni e vale la pena di tentare tale metodo di terapia nei vomiti incoercibili della gravidanza prima di ricorrere all'aborto.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura insulinica. All'abb. n. 3372:

Per potere intraprendere la cura del diabete con l'insulina e sorvegliarne gli effetti è necessario seguire il comportamento dello zucchero nelle orine ed a volte anche quello del sangue.

Potrebbe chiedere l'insulina a Milano, all'Istituto Sieroterapico (via A. Lecchi, 14) o alla ditta Hoffmann-La Roche (via Stazio 4); a Roma all'Istituto Ravasini (via Ostilia, 15) od alla Farmacia Roberts (Corso Umberto I).

U. R.

Al prof. G. Aperlo da Broni (Pavia):

In merito all'« *Associazione Italiana dei Direttori Sanitari di Istituti Ospedalieri* » si rivolga al prof. Arturo Campani, direttore del Sanatorio della C. R. di Cuasso al Monte (Como): potrà averne lo statuto e ogni altra informazione.

Al dott. F. R. da Bugnara (Aquila):

La redazione non prende in considerazione i quesiti che non siano sottoscritti per intero. Gli pseudonimi e le iniziali o altre sigle possono, a richiesta, essere usati solo per le risposte date nel giornale.

L. P.

VARIA

L' « italianità » di Valsalva.

Le onoranze che Imola ha tributato il 23 settembre 1923 ad Anton Maria Valsalva, nel secondo centenario della sua morte, sono riuscite veramente, nella loro austera semplicità, degno omaggio alla memoria del medico illustre, del chirurgo valentissimo, e una delle più fulgide illustrazioni della scienza medica.

Oratore ufficiale della cerimonia fu il prof. Bilancioni.

L'oratore dopo aver tratteggiata la figura di Anton Maria Valsalva, passa ad esaminarne l'attività scientifica quale medico, quale chirurgo, quale sperimentatore, come anatomico e come maestro. Il Bilancioni fa risaltare i meriti insigni dello scienziato che ha recato sì notevole contributo al progresso della medicina e della chirurgia; e che l'oratore chiama giustamente «esemplare dello scienziato italico», dalla mente nitida e acuta.

Egli dice:

«L'italianità di Valsalva — non parlo di quella relativa a idealità politiche, che al suo tempo sarebbe stata anacronistica, ma della sua *forma mentis* — ci ricomparisce sempre sotto le più diverse e talvolta impensate movenze, per le cure che egli ebbe di serbarla in tutte le azioni interiori ed esterne, nella ricerca stessa e nell'estetica manifestazione del vero.

E più oltre:

«Far rivivere nell'animo di tutti noi l'amore del grande passato nazionale è opera di saggia politica in Italia, dove il vivace ricordo di ciò che siamo stati non può che eccitare il desiderio di diventar migliori. L'abitudine a una cosciente ammirazione dei capolavori dell'arte e della scienza è opera educativa del carattere e non soltanto perchè ci migliora, ma perchè, riconducendo alla loro giusta e mediocre statura tante cose meschine che ci tormentano, ci fa più forti e resistenti alla lotta.

«Una sagace curiosità del passato glorioso vale a inspirarci un equo sentimento della nostra caduca brevità: e l'impulso di strappare in qualche modo alla morte la sua preda, rivivendo i grandi scomparsi e facendoci quasi contemporanei dei nostri antenati, è una formidabile molla di nazionalità e di alta moralità. La passione della storia — e mai la storia è così grande come nell'indelebile segno dell'arte e della scienza — non è soltanto una forma di resistenza alla morte; è sopratutto un potente invito ad accrescere la nostra anima e quasi a estendere la nostra esistenza oltre i limiti naturali. La rievocazione delle antiche grandezze non è soltanto animatrice di sogno e di vani rimpianti verso *cimmerie nebbie;* è anche una lezione di volontà e un'energica affermazione delle superiori ragioni della vita. I grandi ricordi non sono soltanto fonte di alata poesia, lo sono anche di energie civili. E quando si ha la fortuna di essere nati in Italia, il passato è una specie d'incudine spirituale meravigliosamente atta a forgiare l'acciaio delle anime nuove.

«Un senso fierissimo della dignità umana, una potenza di sentimento che tocca gli eccelsi sacrifici, una tenace penetrante avvedutezza che nello scintillìo dell'intelligenza naturale e di un intuito miracoloso si veste di agevole grazia, una consapevole forza di volontà alta e generosa: ecco le linee salienti della figura morale del Valsalva. Il riflesso del suo apostolato scientifico e civile permane nei nostri cuori. Ed io fermo la speranza che il voto che concluse la sua esistenza stimoli le aspirazioni inesauribili, le possenti suggestioni di bene per una superiore concezione della vita dall'intimo della coscienza comune. Dopo di aver parlato di lui non sembra vano sognare l'imagine di un'Italia donatrice al mondo per la terza volta di una nuova civiltà. La quale contemperando la ferrea disciplina dello Stato — che fu l'essenza della civiltà romana — con la libera espansione dell'individuo — l'essenza della civiltà del Rinascimento — apra un'êra di giustizia, di forza e di elevato sentire. Avanti, con il grido del tuo poeta, avanti o Italia, nova ed antica».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Pel collegio degli orfani dei sanitari.

Con R. Decreto n. 2238 sono stati estesi ai territori annessi le disposizioni di legge sul Collegio-Convitto per gli orfani dei Sanitari italiani in Perugia (Legge 7 luglio 1901, numero 306; legge 2 luglio 1911, n. 725; D. L. 27 ottobre 1918, n. 1725; legge 4 ottobre 1920, numero 1476; R. D. 30 gennaio 1902, n. 29; R. D. 17 maggio 1917, n. 1058). L'attuale decreto andrà in vigore dal 1° gennaio.

QUESTIONI PRATICHE.

LXXII. — Nomina senza concorso.

Se nel regolamento di un'opera pia è prevista la nomina in pianta stabile, senza concorso, del personale che alla data del regolamento medesimo abbia prestato un determinato periodo di servizio, senza alcuna interruzione, non può tale norma interpretarsi restrittivamente nel senso cioè che il servizio debba essere stato prestato nell'ufficio *stesso* della cui nomina stabile si tratta.

Nel caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 31 marzo 1923, n. 311, ric. Franceschi contro Amministrazione Ospedali di S. Chiara di Pisa, si trattava della nomina all'ufficio di chirurgo primario; l'Amministrazione aveva nominato il dott. Franceschi, ma il prefetto aveva annullato la nomina, ritenendo che si dovesse provvedere mediante concorso e che non fosse applicabile la disposizione speciale del regolamento locale in quanto il servizio anteriore non sarebbe stato prestato per lo *stesso* ufficio.

La risoluzione ha importanza di massima agli effetti di analoghe e non infrequenti disposizioni fondate sul presupposto della identità o affinità dei servizi prestati dagli impiegati in rapporto alle progressioni di carriera o alla nomina definitiva.

LXXIII. — Condizioni necessarie alla esistenza di un vero e proprio impiego.

I sanitari delle compagnie delle guardie di città sono semplici incaricati del servizio sanitario, con incarico revocabile *ad nutum* e non impiegati stabili; non può quindi venire ad essi applicato l'art. 22 e segg. del T. U. 22 novembre 1908. (Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 7 aprile 1923, n. 339, ric. Gonzales).

Segnaliamo la motivazione e la ragione del decidere di questa sentenza, non tanto per il caso concreto risoluto — il quale ha poca importanza —, ma per il criterio che se ne desume circa rapporti analoghi al fine di stabilire in quali casi si può ritenere che si costituisca un vero e proprio rapporto di impiego con la Amministrazione dello Stato, per servizi sanitari.

La decisione sopra indicata è motivata così:

« Senonchè tale assunto apparisce privo di « giuridica consistenza, ove si rifletta che nè la « legge 21 dicembre 1890, n. 7321, sul personale « della pubblica sicurezza, nè il relativo re« golamento approvato con regio decreto 5 feb« braio 1891, n. 67, contemplano menomamente « l'ufficio dei medici chirurgi addetti alla as« sistenza sanitaria degli agenti, nè i relativi « posti sono previsti nei corrispondenti ruoli « organici; ma soltanto nel regolamento per il « Corpo delle guardie di città del 5 febbraio « 1891, n. 60, si trova all'art. 48 una disposizio« ne la quale stabilisce il numero dei medici « da assegnarsi a ciascuna compagnia, in ra« gione del numero degli uomini che la com« pongono; e vi si aggiunge che la nomina di « questi medici sarà fatta con decreto ministe« riale su proposta del prefetto; e con lo stesso « decreto di nomina sarà stabilita l'annua re« tribuzione da pagarsi mensilmente con ruolo « di spese fisse.

« Ciò basta a far ritenere che non si tratta « di un vero e proprio impiego con carattere « di stabilità in organico; ma si ha invece un « semplice incaricato con retribuzione, tanto « ciò è vero che lo stesso regolamento testè ci« tato prevede all'art. 51, ultimo comma, la fa« coltà del ministro dell'interno, di esonerare « dall'incarico tali sanitari, qualora vengano « meno ai loro doveri d'assistenza senza che il « sanitario licenziato abbia diritto a compensi « di sorta, all'infuori della quota di retribuzio« ne regolarmente maturata; il che esclude che « si tratti di impieghi di ruolo, il cui titolare « non potrebbe essere privato del posto se non « in seguito a regolare procedimento discipli« nare, oppure per collocamento a riposo di au« torità nei soli casi espressamente contemplati « dalla legge ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato provinciale dei medici condotti.

In seguito alle disposizioni della Presidenza generale dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, aderente alle Corporazioni Sanitarie, ha avuto luogo l'assemblea di tutti i presidenti di Sezione dei Medici condotti della provincia di Roma costituenti il Gruppo della Federazione provinciale Medici condotti. Tale gruppo si è trasformato in Sindacato provinciale dei Medici condotti (aderente alla Corporazione sanitaria) che viene presieduto da un Consiglio direttivo o Direttorio provinciale composto dagli ex-presidenti di Sezione. Il dott. N. Trulli, ex capo-gruppo, passa a coprire la carica di segretario del predetto Consiglio direttivo e contemporaneamente quella di rappresentante del Sindacato provinciale M. C. in seno al Direttorio provinciale della Corporazione sanitaria; il dott. E. Stagni quella di vice-segretario.

Le Sezioni rimangono come Sezioni del Sindacato provinciale dei M. C. e gli ex-presidenti come fiduciari di ciascuna Sezione e di diritto formanti il Consiglio direttivo del Sindacato provinciale.

I signori fiduciari verranno volta per volta informati delle disposizioni successive del Direttorio del Sindacato Nazionale F. M. C. per comunicarle a tutti i medici condotti della Provincia.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione, vedi fascicolo* 48).

Corpo d'Armata di Bologna.

	Lire
Magg. M. Viggiano Alfredo	50
Magg. M. Ritucci-Chinni Agostino	50
Cap. M. Fiorenza Fernando	
Cap. M. Gafà Matteo	40
Cap. M. Baccarà Alessandro	40
Cap.-M. Cuzzi Armando	40
Cap. M. Gaggia Emilio	40
Prof. Angeletti Enrico	100
Prof. Mondolfo Emanuele	50
Dott. Mischi Antonio	50
Dott. Bonoli Umberto	5
N. N.	5
Dott. Gaeta Riccardo	5
Dott. Artusi Giuseppe	5
Dott. Rognoni Alberto	10
Dott. Valluschic Aldo	100
Dott. Briganti Giov. Battista	20
Dott. Baronio Atanasio	30
Dott. Suzzi Luigi	5
Dott. Sacchetti Adolfo	15
Dott. Cacciaguerra Augusto	20
Dott. Ceccaroni Brunaldo	25
Dott. Della Massa Carlo	10
Dott. Venturoni Ettore	30
N. N.	10
Dott. Salvi Natale	20
Dott. Cattania Ermete	10
Dott. Bonelli Angelo	10
Dott. Zignani Antonio	10
Dott. Magni Giuseppe	10
Dott. Pio Luigi	20
Dott. Bocchini Giulio	15
Cap. M. Borghesi Francesco	80
Ten. M. Denza Raffaele	70
Dott. Ravà Gino	50
Dott. Venturoli Giuseppe, Cesena	10
Cap. M. Saccomani Giorgio	80
Dott. Bergamini Athes, Ferrara	25
Dott. Prati Alfonso, Portomaggiore	30
Dott. Baraccani Giovanni, Bologna	40
Cap. M. Migliorini Angelo	80
Dott. Frabbetti Antonio, Vigarano Mainarda	80
Ten. Col. M. Romano Enrico	60
Ten. M. La Rocca Roberto	70
Dott. Gentilini Antonio, Santagostino	30
Ten. Col. M. Stefano Umberto	60
Ten. Col. M. Giannelli Alessandro	60
Magg. M. Riccò Ettore	50
Magg. M. Rinaldi Giuseppe	50
Magg. M. Galante Carlo	50
Magg. M. Porcara Isidoro	50
Cap. M. Ventuschi Pasquale	40
Cap. M. Comelli Umberto	40
Cap. M. Giongo Franco	40
Cap. M. Mignani Vittorio	40
Ten. M. Massa Filippo	35
Cap. M. Gogioli Giuseppe	40
Cap. M. Gasperini Ercole	40
Cap. M. Martelli Diego	40
Cap. M. Zonno Leonardo	40
Cap. M. Melotti Giulio	40
Cap. M. Agnini Leone	[illegible]
Dott. Veronesi Umberto, Imola	40

(*Continua*).

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa dal «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

Dalla R. Clinica chirurgica di Roma:

Prof. Alessandri	L. 500
Prof. Dominici	» 50
Prof. Gussio	» 25
Prof. Baggio	» 25
Prof. Cermenati	» 25
Prof. Brancati	» 25
Dott. Ascoli	» 15
Dott. Jura	» 15
Dott. Matronola	» 15
Dott. Mingazzini	» 15
Prof. Chiasserini	» 25
Dott. Ciotola	» 15
Dott. Ghiron	» 15
Dott. Angelini	» 15
Dott. Ciaprini	» 25
Dott. Vitale	» 15

(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Istituti Ospitalieri.* — Primario di una delle due Sezioni di Chirurgia dell'Ospedale Maggiore; L. 5000 oltre indenn. L. 1200 per gli ammogliati e di L. 780 per i celibi, al netto di R. M. Nella domanda dichiarare se s'intende partecip. al conc. per titoli o per esami o per le due forme; da inoltrare al Protocollo non più tardi delle ore 17 del 17 dic. Pubblicaz. in tre esempl. Chiedere annunzio.

BRESCIA. *Deputazione Provinciale.* — Assistente presso il Manicomio; L. 10,000 e doppio c.-v., alloggio person.; sei quadrienni decimo. Titoli. Scadenza ore 16 del 15 dic. Stato di fam. Ufficio entro 15 g. Chiedere annunzio.

CAPRALBA (*Cremona*). — Scad. ore 15 del 31 dic. L. 7750 resid., aumentabili del 50 % in 20 anni di servizio; addizionale L. 2000 pei poveri; L. 1500 trasp.; L. 300 uff. san.; L. 300 ambul.; doppio c.-v. Abitanti 1660.

CARPI. *Congregazione di Carità.* — Nell'Osped. Bernardino Ramazzini vacano tre posti: 1) med. chir. radiologo; laurea da 6 anni; 4 anni di esercizio speciale; L. 5000 e 40 % proventi cure abbienti; nom. e conferma triennali; 2) med. chir. aiuto; età lim. 35; L. 5000 e 10 % prov.; nom. e conf. biennali; 3) med. chir. assist., laurea da 3 anni; L. 4000 e 5 % prov.; nom. biennale. Per tutti prova annuale, disdetta a tre mesi, due c.-v. Scad. ore 17 del 20 dic. Serv. entro 10 (*sic*) giorni.

CESSOLE (*Alessandria*). — L. 6000, p. alloggio L. 500, uff. san. L. 500. Scad. 12 dic.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 15 dic. Vedi fasc. 47.

FRAZZANÒ (*Messina*). — L. 5000 per 500 pov., lire 500 quale uff. san. e l'indenn. c.-v.; addizion. L. 5. Scad. 10 dic. Ab. 1320, posizione amena.

LENOLA (*Caserta*). — Scad. 31 dic. Pei poveri L. 6000. Chiedere bando concorso al Comune.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte; a tutto 15 dic.; L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua (*sic*), riconferma per l'anno successivo.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assist. interno residente con incarico ricerche radiolog. e altre ric. di Laborat. nell'Osped. tubercolotici in Garbagnate; L. 4500 oltre indenn. resid. L. 1000, alloggio individ., illum., riscaldam. e vitto. Docum. all'Ufficio Protocollo (via Ospedale, 5) non più tardi delle ore 16 del 15 dic. Età lim. 39. Esami. Chiedere annunzio.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per 5 frazioni; L. 6000 oltre le indenn. c.-v. per 1000 pov.; L. 2 addiz.; L. 1000 resid. povera se meno di 300 abbienti; L. 1000 cond. disagiata; 3 quinquenni decimo; ab. 3300. Età lim. 35. Scad. 40 g. dal 25 ott.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Sono aperti concorsi per titoli a medici visitatori per la profilassi delle malattie veneree. La nomina verrà conferita con Decreto del Prefetto per la durata di un biennio e potrà essere rinnovata.

Gli spiranti dovranno dirigere entro il 10 dicembre 1923 domanda su carta legale ai Prefetti delle province di Bari, Bologna, Catania, Genova, Livorno, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Trieste, Venezia. indicando se e quali cariche rivestano presso pubbliche o private amministrazioni ed allegandovi con i titoli professionali i documenti di rito (non anteriori a sei mesi dal 15 ottobre).

La retribuzione sarà stabilita all'atto della assunzione in servizio. I classificati idonei oltre quelli cui sarà conferito l'incarico potranno essere tenuti presenti per eventuali necessità entro il semestre della classificazione.

S. PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª cond.; L. 5000 (*sic*) senza alcun c.-v. (*sic*), fino a 1500 poveri (*sic*); addizion. L. 5; 4 quinq. decimo. Scadenza ore 10 del 15 dic. Serv. entro 15 g.

S. VINCENZO VALLE ROVETO (*Aquila*). — Scad. 10 dic. Capoluogo. L. 6000 residenziali, L. 600 uff. san., L. 2000 cav. Prossima staz. ferrov.

SERNAGLIA (*Treviso*). — A 30 giorni dal 1° nov. Ab. circa 4200. Fino a 1000 pov. L. 6000, addizion. L. 2, trasp. L. 2500 con obbl. di cavallo o di automezzo, se uff. san. L. 400, alloggio, 5 quinquenni dec., c.-v. Età lim. 45. Accettaz. preventiva variazioni o modificazioni capitolato.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Consor. con Vallio; abitanti 2220; L. 7000 e 5 quinq. di L. 700 per 1/3 della popol.; per uff. san. L. 300; per bicicl. lire 1000; due c.-v. Vicinanda tram, ferrovia. Scad. ore 16 del 10 dic. Serv. entro e non oltre 15 giorni.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ:

Il prof. Luigi Lucatello è riconfermato rettore dell'Università di Padova, per il triennio accademico 1923-1926.

A rettore dell'Università di Bologna è nominato il prof. Pasquale Sfameni.

Il sen. Ernesto Pestalozza è riconfermato preside della Facoltà Medica di Roma.

Il prof. Piero Giacosa è confermato preside della Facoltà Medica di Torino.

Il prof. G. B. Ughetti è nominato preside della Facoltà Medica di Catania.

Il prof. Gaetano Fichera è destinato, con provvedimento ministeriale, alla direzione dell'Istituto di patologia chirurgica nell'Università di Pavia.

Il prof. Giuseppe Bolognesi, libero docente di patologia chirurgica, clinica chirurgica e medicina operatoria, è chiamato a dirigere l'Istituto di patologia chirurgica dell'Università di Siena.

L'Università Libera di Camerino ha chiamato, in esito a concorso, il prof. Carlo Lotti alla direzione della Clinica medica.

Il concorso alla cattedra di Anatomia umana nomale bandito dall'Università di Camerino ha dato il seguente risultato: 1) Carlo Ganfini; 2) Primo Dorello; 3) Francesco Tardi; il concorso alla cattedra di Farmacologia: 1) Alfredo Chisto-

ni (rallegramenti al nostro redattore corrispondente da Napoli); 2) Egidio Meneghetti; 3) Mario Aiazzo Mancini.

LEGION D'ONORE:

In occasione delle feste Pasteuriane il Governo francese ha fatto le seguenti nomine nella Legion d'onore: grandi ufficiali il prof. Calmette, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, e il prof. Bergonié, della Facoltà medica di Bordeaux; commendatori i proff. L. Bernard e L. Borel, direttori degli Istituti d'Igiene di Parigi e di Strasburgo, E. Forgue, direttore della Clinica chirurgica di Montpellier, R. Valléry-Radot, biografo e genero di Pasteur e presidente del Consiglio d'amministrazione dell'Istituto Pasteur di Parigi; molti membri dell'Istituto Pasteur sono nominati ufficiali e cavalieri: tra essi Salimbeni italiano, Danysz e Pozerki di origine polacca, Besredka e Weinberg di origine russa.

LAUREE «HONORIS CAUSA».

In occasione delle feste Pasteuriane l'Università di Strasburgo ha conferito il titolo di dottore *honoris causa* ai seguenti scienziati: S. Flexner e J. Loeb della Rochefeller Institution di New York, S. Ramon y Cajal di Madrid, E. Perroncito di Torino, W. H. Welch di Baltimora, E. L. Ehlers di Copenaghen, J. Bordet di Bruxelles.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il XXX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Per il prossimo Congresso che, come abbiamo annunziato, si adunerà a Milano, sono stati fissati i seguenti temi:

1) (in comune con il Congresso di Chirurgia): Le splenomegalie e indicazioni terapeutiche relative. Relatore per la medicina: prof. F. Micheli (Torino);

2) Le sindromi surrenali. Relatori: proff. N. Pende (Cagliari) e C. Piazza (Palermo);

3) I progressi della patologia renale (rivista). Disserente: prof. L. Ferrannini (Napoli).

Costituzione della sezione veneta della Società Italiana di Pediatria.

Il 13 novembre nella Clinica Pediatrica della R. Università di Padova, sono stati convocati i pediatri e gli affini pediatri della regione per costituire la sezione veneta della Società Italiana di Pediatria.

Furono nominati presidente il prof. G. Berghinz, direttore della Clinica Pediatrica di Padova, vice-presidente il dott. Smaniotto, direttore del Brefotrofio di Padova, a segretario il prof. G. Salvioli, aiuto della clinica stessa.

Seguirono le comunicazioni cliniche:

Prof. Berghinz «Mielosarcoma con metastasi alle ossa piatte del cranio»;

G. De Toni «Meningite da diplococco crassus in un lattante»;

Prof. Salvioli «Su alcune reazioni infiammatorie della pelle».

I convenuti deliberarono di tenere la prossima riunione regionale in Trieste.

Prolusioni.

Hanno svolto la prolusione inaugurale di anni accademici: a Firenze il prof. Achille Sclavo, ordinario d'igiene, sul tema «L'Igiene e la ragione della propaganda igienica»; a Camerino il prof. Giuseppe D'Agata, ordinario di patologia e clinica chirurgica, sul tema: «Chirurgia plastica».

Per l'Università di Bari.

Con provvedimento del Ministro della P. I. il prof. Nicola Pende è nominato R. Commissario per la direzione dei lavori d'impianto e per la organizzazione definitiva della R. Università di Bari.

Corso di perfezionamento.

Un corso di perfezionamento di diagnosi oftalmologica sarà tenuto dal prof. Carlo Bialini a Milano, nell'anno 1923-24, presso gl'Istituti clinici.

Per gli scambi colturali.

Una circolare del Presidente del Consiglio dei Ministri ai regi agenti Consolari e diplomatici richiama il R. Decreto n. 563, con cui il Ministero della Pubblica Istruzione è autorizzato a concedere assegni entro il limite di lire duecentomila annue ad italiani e a stranieri, per seguire corsi e compiere studi presso Università superiori e scuole di belle arti rispettivamente dell'estero e del Regno, e si stabilisce che gli studenti stranieri che si iscrivono nelle scuole pubbliche di qualunque ordine e grado e negli Istituti di istruzione superiore, siano esonerati dal pagamento di qualsiasi tassa e sopratassa. Si prega di volerne diffondere la notizia nella maniera più ampia, sollecita ed efficace.

Contro l'alcoolismo.

Una Commissione della Reale Società d'Igiene di Milano, composta dal Presidente prof. Icilio Boni, dai due relatori proff. F. Antonini ed E. Bajla, dall'avv. rag. G. Cavazzana e dal cav. prof. Renzo Giuriati, ha approvato all'unanimità un ordine del giorno col quale si fanno voti perchè la lotta contro i danni dell'alcoolismo sia integrata:

a) con una maggiore educazione ed istruzione del popolo e con una più intensa propaganda (specialmente nelle classi popolari e nelle scuole) tendente ad indirizzare giovani ed operai verso gli esercizi fisici e gli sports, per i quali si invocano le più larghe agevolazioni del Governo ed il più vivo interessamento degli industriali sull'esempio di ciò che già hanno fatto alcuni benemeriti;

b) con altre disposizioni legislative che sanciscano: 1) il principio che l'alcoolismo acuto non venga in ordine alla responsabilità penale considerato come un'attenuante; 2) il disposto che anche per l'alcoolista possa essere autorizzato l'internamento forzato temporaneo a scopo curativo nei manicomi o negli asili di temperanza; 3) il divieto di somministrare negli spacci qualsiasi bevanda alcoolica ai ragazzi al di sotto dei 15 anni; 4) il divieto di pagare il settimanale al sabato (come esiste in Isvizzera); 5) il divieto di fabbricazione, di importazione, di commercio e di vendita di tutti gli alcoolici aventi un tasso di alcool superiore al 21 %.

Lotta contro il tracoma in Argentina.

Una Commissione nominata dal «Departamento Nacional de Higiene» per la lotta contro il tracoma in Argentina ha stabilito di eseguire un'inchiesta presso i medici del paese per raccogliere i dati necessari, secondo un formulario; dati da sollecitarsi anche dalla «Assistenza pubblica di Buenos Ayres» a mezzo dei suoi Ospedali e Consultorii, della Società di beneficenza e dai Servizi di Sanità dell'Esercito e dell'Armata.

Propaganda igienica negli Stati Uniti.

Per accordi intervenuti fra la Croce Rossa Americana e la Compagnia Generale dei Telefoni di New York, vengono tenuti corsi d'istruzione agli impiegati e addetti all'Azienda telefonica, riguardanti le norme di igiene e di assistenza sociale. La C. R. si propone di estendere questa iniziativa ad altri organismi commerciali e industriali, ove si ha un vasto campo inesplorato per diffondervi gl'insegnamenti igienici.

Onoranze a Edoardo Perroncito.

Ad iniziativa di un Comitato promotore, sono state rese onoranze solenni all'illustre parassitologo e patologo, in occasione del suo giubileo didattico, il 18 novembre, presso l'Ateneo torinese.

Per le onoranze a Gaetano Rummo.

Le offerte per le onoranze di cui demmo già notizia nel fasc. 45 vengono raccolte dal dott. comm. Giacomo Zamparelli, segretario del Comitato ordinatore, in Benevento.

La Commemorazione del prof. Borri.

Nella Università di Genova, il 14 novembre, dinanzi alla studentesca delle Facoltà di Medicina e di Giurisprudenza riunite, il prof. Gian Giacomo Perrando fece un'elevata e solenne commemorazione del compianto prof. Lorenzo Borri. L'O. analizzò l'opera dell'illustre estinto nei varii campi della «Medicina legale e sociale», dimostrando che l'opera di Lorenzo Borri si completa con la produzione del Lombroso. Questa intenta alle finalità del *diritto penale*, nelle sue interferenze con l'*antropologia;* quella del Borri, intenta peculiarmente alle finalità del *diritto civile* nelle sue interferenze con la *legislazione infortunistica e sociale.*

La commemorazione, ascoltata in piedi dall'uditorio, riuscì affettuoso e austero tributo di gratitudine e ammirazione alla memoria dell'illustre estinto; che a Firenze negli Istituti di Studii Superiori continuò, vivendo operosamente, le tradizioni gloriose della Medicina Legale italiana!

La chiusura della "Morgue„ di Parigi.

La «Morgue» è stata trasferita in locali annessi al nuovo Istituto medico-legale. Il trasferimento ha avuto luogo col trasporto di 32 cadaveri, conservati in celle frigorifere. La bandiera abbrunata che sventolava in permanenza sulla facciata del tetro edifizio è stata abbassata.

Infortuni professionali

Si ripetono con frequenza tra i medici condotti gl'infortuni determinati dall'uso della motocicletta, infido mezzo di locomozione, cui si ricorre volentieri per l'esercizio professionale nelle condotte rurali estese.

Ultimamente ne rimaneva vittima il dott. Giulio Oppizzi, di Locate Triulzi: riportava frattura aperta del femore destro.

Le condizioni degli studenti tedeschi.

Il prof. W. Spalteholz, della Università di Lipsia, dirige agli studiosi un appello a favore degli studenti poveri di quella Università. È noto come lo svalutamento del marco abbia portato a condizioni tristissime molti che avevano iniziato nelle migliori condizioni la loro carriera scolastica. Non rifiutandosi a nessun lavoro pur di proseguire gli studi molti si sono adattati ad impiegarsi come operai nelle fabbriche e nelle miniere; ma per i più deboli, occupazioni di questo genere impediscono una ulteriore applicazione allo studio.

Se alcuno vuole venire in aiuto a questi bisognosi, può rivolgersi all'ufficio di soccorso della Università di Lipsia, o al prof. Spalteholz della stessa Università.

Vittima di un incidente prodottosi nell'eseguire un'esperienza chimica, è morto a Los Angeles, in California, il dott. SERGIO ZENO BAGUARA. Alla Spezia ed a Sestri Ponente, ov'egli era conosciuto e stimato, gli sono state rese solenni onoranze funebri.

Si è spento, dopo breve e straziante malattia, il dott. CARLO CIVIDALLI, vice-direttore del Manicomio di S. Maria della Pietà in Roma, al quale ha dato tutto se stesso per i poveri malati; nell'adempimento del suo dovere fu ferito quattro volte dai ricoverati, l'ultima nel 1918.

Trattò gli ammalati come un vero padre. La sua vita, spesa per il bene di tutti, fu veramente esemplare. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris méd., 4 ag. — Num. monografico sulle mal. dei reni e delle vie urinarie.

Folia medica, 30 lug. — Carpentieri. I cianuri doppi nella cura della tub. — Bonandi. I sudanofili nella tub. polmonare.

Journ. d. praticiens, 4 ag. — Achard. Dissenteria amebica. — Hartmann. La frattura dell'estremità inf. dell'omero.

Med. Ibera, 4 ag. — Lozano. Lesioni nuove o poco frequenti nei traumatismi articolari.

Riv. crit. di clin. med., 15 maggio. — Campanacci. Il sistema nerv. vegetativo degli ammalati di encefalite epidem.

Soc. des sciences méd. de Montpellier, maggio. — Cristol e Nikolitch. L'ac. urico totale del siero sanguigno.

Clinica y laboratorio, ag. — Donay. Trattamento dei fibro-miomi uterini. — Alcorta. I grandi dolori addominali in gravidanza. — Fairén. Corpi estranei nelle basse vie respiratorie.

Stadium, 30 luglio. — Ricozzi. Semiologia pupillare nelle malattie degli organi toracici. — De Blasi A. Sifilide perforante delle ossa del cranio.

Pensiero medico, 4 ag. — Castelli. La vaccinazione antitubercolare.

Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde, 23 giugno. — Sanders. Statistiche sull'epidemia tifica. — Van Lier. Anomalie somatiche nelle psicosi. — Taverne. Il contenuto dei tessuti cancerosi in zinco e rame.

Ibidem, 30 giugno. — Van Weering. Contagio da bacillo della necrosi. — Laquer e Snapper. La standardizzazione dell'insulina. — Rombouts. Origine dell'angoscia a tipo infantile.

Ibidem, 6 luglio. — Frets e Donkersloot. Demenza senile e morbo di Alzheimer.

Ibidem, 14 luglio. — Huet. Sulla mancata reazione alla tubercolina. — Eerland. Pericolite membranosa con ileo da membrana di Jackson.

Journ. Am. med. Ass., 28 luglio. — L. G. Cole. Ulcera gastrica. — O. Dowling. Responsabilità degli ufficiali sanitarî. — F. Winkolt e O. Jordan. Epidemiologia dei raffreddori nell'infanzia. — J. Carr e H. Spreneman. Studi clinici sulla chinidina.

Ibidem. — C. Eggleston. L'assorbimento dei medicamenti. — D. Reid. Effetti tossici della digitale. — T. H. Coffen. Prognosi favorevole nella fibrillazione auricolare.

Journ. de méd. de Paris, 18 ag. — Levy-Fränkel. Trattamento del prurito.

Amer. medicine, luglio. — Renaud. La febbre da fieno e sua cura. — Marcus. Il bambino prematuro.

Riv. di clin. pediatrica, agosto. — Carelli. La dentizione nella sifilide congenita.

W. Klin. Woch., 16 ag. — Falta e Depisch. Complicazioni interne successive alla tonsillectomia. — Reiter. Diagnosi radiologica degli ascaridi intestinali.

Ibidem, 23 ag. — Breitner. Azione dello jodio sulla tiroide. — Scherf. Leucemia acuta a leucosarcomatosi

Il Lavoro, luglio. — Gherardi. Mortalità dei macchinisti e fuochisti per cause violente.

Am. Journ. med. sciences, agosto. — Sargent Ladd e W. Palmer. I grassi nel diabete. — Fox e Farley. Classificazione delle iperplasie delle ghiandole linfatiche. — Gager. Elefantiasi non paranefritica. — Alexander. L'ossido di germanio nell'anemia perniciosa.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 10 dicembre Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. GHERARDO FERRERI

La reazione di Schick negli adenoidei.

Dott. SALVATORE TRAINA, assistente.

È noto che non tutti i soggetti venuti a contatto con malati di difterite ammalano a loro volta, vi sono cioè individui suscettibili ad ammalarsi ed individui non recettivi: verso i primi debbono venire tentati quei mezzi di difesa i quali ordinariamente consistono nei sieri specifici (immunità passiva) e nei vaccini (immunità attiva); verso gli altri ogni pratica preventiva si rende inutile e qualche volta dannosa, ove si pensi ai fenomeni anafilattici cui si può andare incontro con le ripetute iniezioni di siero.

Per il fatto poi che l'immunità passiva ha una durata che si calcola a circa venti giorni e che in caso di reiniezione tale durata si riduce a 5-8, forse per la rapida eliminazione e degradazione cui vanno incontro le proteine così introdotte nell'organismo, si è cercato di limitare questa azione protettiva solo a quei soggetti i quali sicuramente si dimostrassero indifesi verso la malattia.

La difesa verso una forma morbosa a carattere eminentemente tossico non può essere legata in gran parte che alla produzione di antitossina, e un mezzo quindi adatto a distinguere i recettivi dai non recettivi deve essere fondato sulla ricerca della antitossina specifica nel siero di sangue.

Roemer, servendosi di un suo metodo per titolazione dell'antitossina contenuta nel siero di sangue, dimostrò che gli individui i quali ne erano provvisti in quantità inferiore ad 1/50 di U. I. per cmc. di siero erano suscettibili ad ammalarsi, mentre quelli che ne contenevano quantità superiori, 1/40, 1/30 ed anche più, erano sufficientemente protetti verso la infezione difterica.

Tale metodo, per quanto esatto, non era però alla portata di qualunque medico pratico, nè poteva eseguirsi sempre agevolmente su vasta scala; quindi la necessità di trovare un mezzo semplice ed al tempo stesso bastevole alla clinica, si impose alla mente di molti ricercatori.

Più fortunato degli altri, Schick nel 1913 rendeva noto il valore della intradermoreazione che da lui porta il nome, e da allora un gran numero di studiosi, specialmente americani, ha ripetuto la semplice prova in così larga scala e con tale successo, da suscitare entusiasmi e l'affermazione, da parte di Blau, che essa debba considerarsi per la sua specificità al pari delle reazioni di Wassermann, di Widal, di Pirquet, rispettivamente per la sifilide, per il tifo, per la tubercolosi.

Un rapido sguardo alla letteratura riguardante la reazione di Schick, dimostra che i vari sperimentatori si sono sopratutto preoccupati, nell'atto stesso in cui facevano la selezione fra recettivi e non recettivi, di stabilire le percentuali di recettività nei vari anni di vita.

Secondo Schick si avrebbe una naturale immunità nel 93 % dei neonati, nel 53 % dei bambini nel primo anno di vita, nel 69 % di quelli dai 2 ai 10 anni, nel 50 % dei soggetti dagli 11 ai 20 anni, nel 46 % dai 21 ai 30, nell'83 % dai 31 ai 40 e nel 20 % dei soggetti di età più avanzata.

Secondo Park le percentuali sarebbero un po' diverse: immuni l'80 % dei neonati, il 50-60 % dei bambini, il 90 % degli adulti.

Zingher avrebbe invece trovati immuni tutti i lattanti sino al 9° mese; la percentuale cadrebbe così rapidamente col crescere dell'età, da rendersi necessaria una immunizzazione attiva di tutti i bambini dal 12° mese in poi.

Facendo una media fra i valori trovati da Schick, Park, Zingher, ecc., si può con una certa approssimazione dire che il 50 % dei bambini dai 3 ai 12 anni di vita è naturalmente immune e che gli altri, poichè dànno reazione positiva, debbono considerarsi quali recettivi

Il primo punto della nostra indagine verte a determinare la percentuale di reazioni positive nei bambini adenoidei dai 3 ai 12 anni di vita.

Un'altra questione che si ricollega con la precedente è quella riguardante i *portatori sani.*

Molti soggetti con reazione di Schick negativa (non recettivi) sono portatori di bacilli di Loeffler; i germi si sono dimostrati avirulenti per la cavia nell'80-90 % dei casi (Guthrie), virulenti nel 10-20 %.

Molto temibili per il contagio sono i portatori sani con reazione di Schick negativa, i quali siano stati a contatto con soggetti malati di difterite, perchè essendo naturalmente immunizzati non contraggono la malattia, ma diffondono germi virulenti.

Il *secondo punto* della nostra indagine ha lo scopo di determinare *la percentuale di portatori di bacilli virulenti e non virulenti fra gli adenoidei, sia recettivi che non recettivi.*

La *terza indagine,* e crediamo la più importante delle nostre ricerche, è stata quella condotta ad indagare, dopo la tonsillotomia e l'adenoidectomia, il comportamento della reazione di Schick nei bambini i quali all'atto della visita nel nostro ambulatorio si erano dimostrati recettivi verso la difterite.

In altri termini ci siamo proposti il quesito: *la reazione di Schick positiva prima dell'intervento operativo diventerà negativa dopo di esso?*

Come corollario delle due indagini precedenti ci siamo chiesto *se i bambini portatori di germi continuavano ad essere portatori dopo l'intervento che li liberava dalle tonsille palatine e dalle vegetazioni adenoidi.*

Stimiamo non inopportuno di ricordare la:

TECNICA DELLA REAZIONE DI SCHICK.

Si inietta opportunamente diluita, 1/50 della d. m. m. per la cavia: se la tossina viene neutralizzata dall'antitossina presente nel siero di sangue, la reazione è negativa; se non viene neutralizzata, la tossina esercita il suo potere irritante nel punto di inoculazione e la reazione è positiva.

È necessario servirsi di un ago molto sottile, montato in siringa da tubercolina perchè possa graduarsi esattamente la quantità da iniettare. L'iniezione va fatta nel derma della regione flessoria dell'avambraccio destro, nel suo terzo superiore; sulla medesima regione dell'avambraccio sinistro si inietta la medesima quantità di tossina previamente bollita o scaldata a 75° per 5 minuti, la quale servirà di controllo.

Per iniettare 1/50 della d. m. m., diluita in 1/10 di soluzione fisiologica, si procede così: gli istituti preparatori forniscono tossina difterica a titolo diverso; supponiamo che il titolo della tossina sia di 0.03, si divide allora 0.50 cmc. (quantità di tossina contenuta in ogni fiala) per il titolo 0.03, si otterrà un quoziente che nel caso in esame è: 0.50 diviso 0.03=16.6; si devono cioè aggiungere cmc. 16.1 di soluzione fisiologica al 0.5 di tossina perchè ogni cmc. della nuova soluzione contenga una dose mortale per la cavia; ogni cmc. di questa soluzione madre si addiziona con 4 cmc. di soluzione fisiologica per avere una d. m. m. per ogni 5 cmc. di soluzione, ossia ogni cmc. conterrà ora 1/5 di d. m. m., ed ogni 1/10 di cmc. conterrà 1/50 di d. m. m.

La reazione è positiva quando dopo 24-48 ore nel punto di inoculazione della tossina non riscaldata si nota un arrossamento di un tratto circolare di cute, il quale si renderà ancora più intenso al 3° giorno, alla qual'epoca si può

notare qualche vescicola nel mezzo dell'arrossamento; i margini della zona sono abbastanza bene delimitati; nei giorni successivi l'infiltrazione ed il rossore tendono a scomparire per lasciar posto ad una leggera desquamazione e pigmentazione, le quali sono visibili talora dopo due mesi ed anche più.

Sul braccio sinistro del quale ci siamo serviti per il controllo con la tossina riscaldata, o non si vedrà alcuna reazione o questa avrà i caratteri della pseudoreazione.

La pseudoreazione è caratterizzata dalla sua comparsa precoce, 6-18 ore, da un arrossamento diffuso a margini non bene delimitati, dal suo scomparire verso il 3°-4° giorno, nella qual'epoca invece la reazione positiva ha raggiunto il massimo di intensità. Non si nota nè desquamazione nè pigmentazione.

Talvolta al braccio destro dove avremo fatto l'iniezione con tossina non riscaldata si può notare una pseudoreazione, la quale è piuttosto frequente negli adulti, rara nei bambini piccoli.

Abbiamo praticato la reazione di Schick esattamente su 100 bambini adenoidei: di essi, 40 *hanno reagito positivamente.*

La presenza del bacillo difterico è stata notata nel 70 % *dei casi,* sia con reazione di Schick positiva che negativa.

Ci siamo serviti come terreno di cultura di quello consigliato da Pergola (1), sia liquido per l'arricchimento, che solidificato in piastre di Petri per l'isolamento.

La virulenza è stata provata in cavie da 250-300 gr., per le forme sospette, e sempre con risultato negativo.

---

(1) Terreno Pergola per la cultura di arricchimento e d'isolamento:

1) Siero di sangue normale (di bue, di cavallo, pecora, ecc.) cmc. 50;

2) Soluzione di cloruro di sodio al 0,8 % cmc. 50;

3) Tellurito di potassio gr. 0.02;

4) Gialli d'uovo n. 1.

Il terreno solido, per l'isolamento in piastre, si ottiene dal terreno liquido per semplice riscaldamento a 85°-90°.

Per la colorazione, allo scopo di mettere bene in evidenza i granuli polari di Babes-Ernst, ci siamo serviti della tecnica consigliata dallo stesso Pergola:

1) Colorazione a freddo del preparato già fissato alla fiamma, per 10-15 secondi col bleu di metilene acetico di Neisser (bleu di metilene Grübler gr. 1, sciogliere in alcool etilico a 96° cmc. 20; aggiungere di acido acetico glaciale cmc. 50; acqua distillata cmc. 950);

2) Lavaggio con acqua distillata;

3) Trattamento per 10 secondi col liquido di Lugol;

4) Lavaggio con acqua distillata.

Non possiamo escludere nè affermare in modo assoluto se si sia trattato, almeno in un certo numero, di bacilli pseudo-difterici; si sa che le ricerche in uso fin'oggi per differenziare i bacilli difterici dai pseudo-difterici (caratteri culturali, metodi di colorazione, struttura, agglutinazione, batteriolisi, fermentazione degli zuccheri, ecc.) non risolvono per nulla il problema; soltanto la virulenza dimostrabile nella cavia è l'unico carattere accertato, ma d'altra parte non si può negare che bacilli difterici veri si possano dimostrare avirulenti.

È probabile che i bacilli pseudo-difterici non siano altro che bacilli difterici attenuati (Trautmann, Gaethgens, ecc.) i quali in condizioni favorevoli possono acquistare caratteri di virulenza e di tossicità e con essi l'unico mezzo di distinzione.

Come si può vedere dall'unita tabella alcuni bambini con reazione di Schick positiva e portatori di germi non virulenti, hanno dato Schick negativa qualche tempo dopo il raschiamento delle vegetazioni adenoidi: questo può rappresentare un carattere biologico importante per distinguere i bacilli difterici dai pseudo-difterici, poichè è lecito pensare che alle tossine messe in circolo, attraverso la ferita operatoria, dai germi indovati nella volta naso-faringea e nello spessore della tonsilla di Santorini, può essere dovuto il mutamento della reazione, essendo un carattere dei bacilli difterici veri quello di produrre tossine, mentre i pseudo sono privi di potere tossico.

Mancando ogni altro carattere potremmo servirci di questo per una distinzione approssimativa, e poichè la reazione di Schick *positiva in* 40 *bambini portatori, diventò dopo l'intervento operativo, negativa in* 16, potremo dire che, a malgrado della prova di virulenza negativa, probabilmente almeno 16 bambini ospitavano nella loro faringe bacilli difterici veri e 24 ospitavano bacilli pseudo-difterici.

Dei 70 *bambini portatori,* 50, *dopo più di un mese dall'intervento operativo, diedero prova culturale negativa per bacilli difterici o pseudo-difterici;* è sorprendente constatare come l'enucleazione delle tonsille palatine e delle adenoidi riuscisse a liberare i portatori, quasi tutti, dai germi ospitati; fatto questo già osservato da altri (Lynch, Weaver, ecc.), ma che a noi cultori della specialità interessa tornare a mettere in evidenza come quello che dimostra l'importanza profilattica oltre che individuale, della tonsillectomia e dell'adenoidectomia.

Casi di R. di Schick positiva la quale diventò negativa dopo la tonsillectomia e l'adenoidectomia

Nome e Cognome	Data ed esito della 1ª Reazione di Schick	Controllo	Data dell'intervento operativo	Prova culturale	Prova della virulenza sulla cavia	Data ed esito della 2ª Reazione di Schick	Controllo	Prova culturale del secreto naso-faringeo
1. B. Nicola, anni 11.	18-5-1923 — Positiva	Negat.	25-5-23	Positiva Bacilli corti	Negat.	27-6-1923 — Negativa	Negat.	Negat.
2. P. Rosanna, anni 7.	18-5-1923 — Positiva	Id.	25-5-23	Id.	Id.	27-6-1923 — Negativa	Id.	Id.
3. T. Adriana, anni 5.	11-6-1923 — Positiva	Id.	28-6-23	Id	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
4. B. Anna. anni 4. .	13-6-1923 — Positiva	Id.	23-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
5. M. Mario, anni 6. .	27-6-1923 — Positiva	Id.	30-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
6. V. Mario, anni 9. .	31-5-1923 — Positiva	Id.	4-6-23	Id.	Id.	3-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
7. M. Giuseppe, an. 12	24-6-1923 — Positiva	Id.	30-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
8. S. Ottorino, anni 3.	23-5-1923 — Positiva	Id.	29-5-23	Id.	Id.	30-7.1923 — Negativa	Id.	Id.
9. G. Mario, anni 12.	20-5-1923 — Positiva	Id.	24-5-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
10. L. Danilo, anni 6 .	30-5-1923 — Positiva	Id.	4-7-23	Id.	Id.	7-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
11. D. T. Gina, anni 4.	1-6-1923 — Positiva	Id.	5-6-23	Id.	Id.	15-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
12. G. Aurelia, anni 6.	7-6-1923 — Positiva	Id.	12-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
13. D. M. Gaetano, a. 7	8-6-1923 — Positiva	Id.	12-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
14. D'Arc. Gabriele, a. 8	8-6-1923 — Positiva	Id.	12-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
15. Fr. Carlo, anni 6. .	11-6-1923 — Positiva	Id.	15-6-23	Id.	Id.	26-7-1923 — Negativa	Id.	Id.
16. Fr. Angelina, anni 5	19-6-1923 — Positiva	Id.	25-6-23	Id.	Id.	30-7-1923 — Negativa	Id.	Id.

L'immunità attiva, per mezzo dei vari vaccini si ottiene in tempo più o meno lungo. Col vaccino di Park, iniettato per tre volte di seguito alla distanza di due settimane da un'iniezione all'altra, bisogna attendere due mesi, e talvolta anche tre, per vedere cambiata la reazione di Schick da positiva in negativa. Per mezzo di una tossina non completamente neutralizzata, Gorter e Huinink ottennero la provocazione di una sufficiente quantità di antitossina tre settimane dopo dell'inizio della vaccinazione. Con la miscela vaccinante preparata secondo le norme stabilite dalla Direzione di Sanità americana, la immunità si ottiene di regola in un periodo di tempo compreso fra tre settimane e due mesi.

Potendosi verificare, attraverso la soluzione di continuo prodotta dal raschiamento, come un'azione vaccinante per opera delle tossine dei bacilli annidati nella volta naso-faringea e nello spessore delle stesse vegetazioni, ci è parso opportuno ripetere la seconda reazione di Schick, quella che doveva svelarci l'eventuale stato di immunità, non prima di 30-40 giorni dall'intervento operativo.

Forse questo periodo di tempo è stato troppo breve e le percentuali su riferite sarebbero state più elevate se noi avessimo fatto la seconda reazione dopo tre o quattro mesi.

Tornando sull'argomento vedremo se questa ipotesi avrà conferma.

Esempi di autovaccinazione con germi attenuati, non mancano. Già nel 1914 Valagussa, per spiegare i buoni risultati ottenuti dal raschiamento della volta faringea nel periodo di declinazione della pertosse, avanzò l'ipotesi che, secondo i concetti della vaccinazione alla Wright, i veleni solubili ed i veleni del corpo batterico del bacillo di Bordet-Gengou, venissero assorbiti attraverso la via dei capillari sanguigni aperti dall'intervento operativo, e che la guarigione così ottenuta poteva paragonarsi a quella provocata dalla puntura esplorativa in alcune forme di pleuriti, dalla laparotomia nelle peritoniti sierose, alle autovaccinazioni di Gilbert, ecc.

Eguale meccanismo d'azione possiamo invocare noi per spiegarci quello stato di autovaccinazione la quale si è ottenuta nei nostri casi in seguito al raschiamento della volta faringea e che si è resa evidente dal netto cambiamento della reazione di Schick: positiva prima e negativa dopo dell'intervento operativo.

Quanto possa durare questo stato di immunità attiva, in tal modo provocata, non è possibile dire per ora: bisognerebbe far passare dei mesi ed anche degli anni, e poi ripetere ancora una nuova prova di Schick.

Ripetere questa prova supponiamo ogni mese o due non è consigliabile, perchè noi non sapremmo, alla fine, differenziare quanto dovrebbe essere attribuito all'azione vaccinante del raschiamento e quanto alla inoculazione ripetuta di antitossina.

Per metterci anzi al riparo da una critica in questo senso, abbiamo voluto tener conto dell'eventuale potere vaccinante di una dose di tossina usata per la Schick, e così abbiamo provato la reazione in 10 bambini non sottoposti al raschiamento; il valore della reazione non si è per nulla mutato: positiva prima, si mantenne tale, senza alcuna variante nel grado di intensità.

Occorre infine ricordare che alcuni bambini con reazione positiva debole dopo l'intervento operativo presentarono la seconda reazione fortemente positiva. *Anzichè uno stato di immunità si era ottenuto uno stato di sensibilizzazione*, fatto questo il quale starebbe a dimostrare che un fenomeno di allergia si provoca sempre per l'entrata in circolo delle tossine difteriche attraverso la soluzione di continuo operatoria, e che l'allergia in alcuni casi si manifesta con un aumento dei poteri di difesa, in altri con una riduzione apprezzabile di essi.

RIASSUMENDO:

1. Sono stati esaminati 100 bambini adenoidei: di questi, 40 presentarono reazione di Schick nettamente positiva.

2. Ripetuta la reazione, 30, 40 giorni dopo il raschiamento della volta faringea, essa riuscì nuovamente positiva in 24, negativa in 16; ciò vuol significare che 16 bambini su 40, ossia il 40 %, acquistarono in tal modo l'immunità verso la difterite.

Dieci bambini presi come controllo, ed ai quali non venne perciò fatto alcun intervento operativo, presentarono la 2ª reazione con caratteri del tutto identici alla prima.

3. Un numero molto scarso di soggetti, quattro su tutti quelli esaminati, presentarono la seconda reazione ancora più evidente della prima, ossia fortemente positiva.

4. Settanta su cento bambini adenoidei si dimostrarono portatori sani.

5. Dopo la tonsillotomia ed il raschiamento della volta faringea, dei settanta portatori sani, soltanto venti continuarono a presentare germi difterici o pseudodifterici nel muco nasale e della volta naso-faringea.

BIBLIOGRAFIA.

BUNDESEN. *Schick reaction.* Journal Am. Med. Ass., 1915.

BUSACCHI. *Intradermoreazione alla tossina difterica e sieroterapia antidifterica.* Riv. di Clinica Pediatrica, 1920.

CANELLI. *Sulla reazione di Schick e sull'immunizzazione contro la difterite.* Riv. di Clin. Pediatrica, gennaio 1920.

CANNATA S. *Sui portatori dei bacilli della difterite.* Riv. sint. La Pediatria, 1918.

COWIE. *Observations on the intradermal and repeated intradermal injection of diph. toxin whit reference to the Schick test.* Am. Journ. of dis. of Children, 1916.

DELILLE et MARIE. *La reaction de Schick. Sa tecnique et ses applications à la prophilaxie de la diphtérie.* La Presse Méd., 1921.

FLAMINI. *La reazione di Schick nei bambini lattanti.* Riv. di Clin. Pediatrica, 1921.

GRAEF and GINSBERG. *Somes observations of the Schick test.* Journ. Am. Med. Ass., 1915.

GORTER et HUININK. *L'immunisation active contre la diphtérie.* Arch. de Méd. des enfants, 1920.

GUTHRIE. *Diphteria Bacillus Carriers.* Johns Hopkins Bull., 1915.

HAHN e SOMMER. *Risultati pratici dell'uso del vaccino antidifterico di Behring.* Deuts. Med. Woch., 1914; Riv. di Clin. Ped., 1915.

KOLMER. *La reazione di Schick per l'immunità verso la difterite.* Soc. Ped. di Filadelfia, 12 gennaio 1915; Riv. Clin. Ped., 1916.

KOLMER, MOSHAGE. *The pratical valve of the guinea pig. test. for the virulence of diphterie bac.* Am. Journ. of dis. of Child., 1916.

KOLMER, MOSHAGE. *The Schick toxin reaction for immunity in diphteria.* Am. Journ. of dis. of Child., 1915.

LANZARINI. *Contributo alla diagnosi differenziale fra difterite vera e falsa.* Il Morgagni, Arch., 1916.

LO PRESTI SEMINERIO. *La reazione di Schick.* Riv. sintetica «La Pediatria», 1921.

MICHIELS und SCHICK. *Die intracutanreaktion des Menschen auf diphterietoxininiection als ausdruk des Schutzkörpergehaltes seines serums.* Zeitschr. für Kind., Bd. V., 1912.

MODIGLIANI. *Contributo allo studio della reazione di Schick.* X congresso pediatrico italiano.

PARK WILLIAM. Sez. Pediatrica dell'Accademia di Med. di New-Jork, 10 dic. 1914.

PERGOLA M. *Nuovo metodo per la diagnosi batteriologica della difterite con la cultura di arricchimento.* Policlinico, Sez. prat., 1921.

RENAULT et LEVY. *Sur la diphtérino-réaction.* Annales de Méd., 1920.

SEREBOULLET et MARIE. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1921.

SPOLVERINI L. *L'influenza del siero nella reazione di Schick non può ritenersi un fatto specifico.* La Pediatria, 1920.

VAGLIO. *L'immunizzazione attiva contro la difterite.* Riv. sint. «La Pediatria», 1921.

VALAGUSSA F. *Sulla cura chirurgica della pertosse.* Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma, anno 1914.

WEAVER. *Sulla profilassi della difterite.* Journ. Americ. Med. Ass., 1921; Il Policlinico, Sez. prat., 1921.

WEAVER and MAHER. *Sul valore diagnostico della reazione di Schick nella difterite.* Journ. of inf. disease, 1915.

ZINGHER. *Active immunization of infanst against diphteria.* Am. Journ. of Dies. of Children, ag. 1918.

ID. *Metods of usings diphteria toxin in the Schick test and of controlling the reaction.* Am. Journ. of dis. of Child., 1915.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FORLÌ.
SEZIONE MEDICA diretta dal prof. P. STEFANELLI.

Un caso di chiluria nostrale.

Dott. PANTALEONI PIO, aiuto.

Comunemente per chiluria si intende una malattia dei tropici, dovuta a certi parassiti (distomum seu bilhartia haematobia; la Filaria sanguinis e l'Eustrongylus gigas) i quali si annidano nei vasi sanguigni e nei linfatici specialmente degli organi del ventre determinando la fuoriuscita del chilo nelle vie urinarie o nelle grandi cavità (peritoneo, pleure).

Nei nostri paesi, a meno che non si tratti di soggetti provenienti dai paesi caldi, il pensiero di una causa parassitaria di fronte ad un caso di chiluria, sarebbe affatto fuori posto.

La chiluria dei nostri paesi (chiluria nostrale, chiluria non parassitaria) rappresenta una eventualità morbosa ancor molto oscura nel suo significato clinico e nelle sue particolarità patogenetiche sia per la rarità con cui essa cade in osservazione, sia per mancanza di reperti anatomo-patologici ben accertati.

Mi sia quindi permesso di riferire su di un caso di urine lattiginose che ho potuto studiare nella sezione medica dell'Ospedale Civile di Forlì e che il prof. Stefanelli, mio maestro, mi consente di rendere pubblico.

Caso clinico. — E. P. di anni 57, casalinga di S. Martino in Strada (Forlì), entrata in Ospedale il 26-VII-1922. Nessun precedente degno di nota, sia famigliare, che personale: mestruata a 14 anni, sposata a 20, ebbe 11 gravidanze di cui 4 aborti, 4 figli morti appena nati, tre ancora vivi e sani. Fin dalla prima gravidanza ebbe coliche addominali ma per un periodo breve (2 o 3 settimane) senza febbre e senza disturbi gravi da obbligarla al letto.

Non ricorda di aver sofferto altre malattie fino a 35 anni; da allora data la prima comparsa dell'urina lattescente; senza causa apparente la donna si accorse che le urine erano di color caffè latte con coaguli biancastri, senza sangue: essa racconta di aver osservato che per alcuni giorni le urine erano sempre lattescenti, poi si alternavano con urine meno torbide o del tutto chiare; dice anche che il fenomeno era più manifesto quando lavorava che non quando stava in riposo.

Dopo 3 mesi entrò in Ospedale ove fu tenuta a dieta lattea e a letto e dopo altri 2 mesi ne uscì che le urine erano tornate stabilmente chiare e si mantennero tali per un anno.

Durante la quinta gravidanza, circa al 6° mese di gestazione, ebbe di nuovo urine alternativamente lattescenti e chiare fino al termine: dopo il parto le urine ritornarono limpide.

Tale disturbo pare non sia stato causa di molestie di qualche importanza sia la prima che la seconda volta; la paziente potè accudire alle sue faccende piuttosto faticose (macelleria): dice però che era alquanto dimagrata. Da allora è stata sempre bene per circa 18 anni. Ebbe influenza nel 1921 ma senza complicazioni.

Da circa un anno dice di avvertire affanno di respiro, dolori puntori al precordio, cardiopalmo, senso di formicolio alle mani, deliquii; da 3-4 mesi nota irradiazioni di dolori alla schiena e accessi di soffocazione di durata più o meno lunga specie di notte; prendeva cardiocinetici e stava a riposo assoluto da qualche settimana.

Due giorni prima dell'ingresso all'Ospedale ha notato di nuovo la comparsa di urina lattescente: ricorda che la prima urina fu preceduta dall'emissione dolorosa di uno zaffo di coagulo gelatinoso grosso quanto un dito; in seguito la emissione è stata indolora, l'urina delle 24 ore non sembra diminuita di quantità, solo di quando in quando è mista a sangue.

La P. assicura di non essere notevolmente diminuita di forze nè di peso: appetito ben conservato, parca nel bere e nel mangiare; mai febbre, nè tosse, nè vomito; alvo stittico; ha notato inoltre aumentato il cardiopalmo e la frequenza degli accessi di soffocazione: per questo ricorre al nostro Ospedale.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica regolare, aspetto non sofferente e discrete le condizioni di nutrizione (pesa Kg. 70); pelle sollevabile in ampie pieghe, colorito della cute rosea escluse le parti alte del torace e il collo pieno di eruzione vescicolare.

Non si palpano ghiandole in nessuna parte del corpo; all'addome si osservano le vene sottocutanee dilatate e tortuose diramantisi in alto a guisa di caput medusae.

Sensorio in condizioni normali, nulla a carico dei vari sensi specifici (udito, vista, odorato, gusto) nè della sensibilità generale (tattile, dolorifica, termica, stereognostica). Temperatura: apiressia; pressione vasale (Riva-Rocci) 120 mm. di Hg.; polso ritmico regolare, 70 pulsazioni al minuto; respiro regolare (20). L'esame degli organi di movimento e del sistema nervoso, negativo.

All'esame del torace niente degno di nota si rileva a carico dell'apparato respiratorio.

Apparato circolatorio. L'urto della punta è visibile e palpabile al sesto spazio sull'ascellare anteriore; vivissimo impulso al giugulo; spiccato il sintomo di Olliver-Cardarelli. L'aia di ottusità cardiaca apparisce enormemente ingrandita e deformata; nel suo complesso essa assume una forma triangolare con la base in basso. A destra l'ottusità giunge fino a 3 cm. al di fuori della parasternale sulla quarta costola; a sinistra giunge fino a 1 cm. al di fuori della mammillare a livello della quarta costola. In alto sul manubrio dello sterno esiste una zona di ottusità che si confonde in basso coll'ottusità cardiaca e che a livello del 2° spazio deborda dalla marginosternale cm. 3 a destra, cm. 2 a sinistra. All'ascoltazione si rileva il primo tono nettamente soffiante alla punta e alla base, il secondo tono accentuato, metallico sul focolaio aortico con un netto soffio diastolico. Ascol-

tando a livello della zona ipofonetica rilevata in corrispondenza del manubrio dello sterno, si ascoltano nettamente rinforzati i toni cardiaci.

Gli organi del ventre appaiono spostati in basso e mobili, specialmente il fegato che è mobilissimo, quasi migrante sì da giungere alla spina iliaca a paziente in piedi; è un po' dolente alla palpazione. Il suo limite superiore è abbassato sì da toccare la settima costola in posizione orizzontale e l'ottava in posizione verticale.

Anche i reni e la milza sono mobili e abbassati: la parete dell'addome è flaccida, avvallata agli ipocondrii, sporgente in basso sotto l'ombelico, sacciforme se la paziente sta in piedi.

Niente di notevole a carico delle funzioni gastro-intestinali.

All'esame radioscopico dell'addome notansi gli spostamenti dei visceri già rilevati all'esame fisico.

Al torace si osserva un'ampia ombra pulsante ritmicamente coi battiti cardiaci, ombra triangolare a base in basso che si stacca dal cuore ed occupa tutta la regione retro- e parasternale sino all'ascellare anteriore a destra.

Detta ombra conserva gli stessi caratteri nell'osservazione dorso ventrale che ventro dorsale sia tenendo la p. in piedi come sdraiata sul trocoscopio (fig. 1): facendo l'esame di profilo il mediastino posteriore è ristretto e schiacciato nella sua parte più bassa: l'arco dell'aorta si porta in alto fino al limite superiore dello sterno: l'aorta discendente è normale: tutto il mediastino è adombrato e confuso con l'ombra sacciforme dell'aorta ascendente.

Esami complementari: esame cromocitometrico del sangue: Hg. 70-G. R. 3864000. G. B. 3500. R=1:702 Vg.=087. Formola leucocitaria: polinucleati neutrofili 40 %, basofili 1 %, eosinofili 3 %, mononucleati medi 27 %, grandi 4 %, linfociti 24 %, forme di passaggio 1 %.

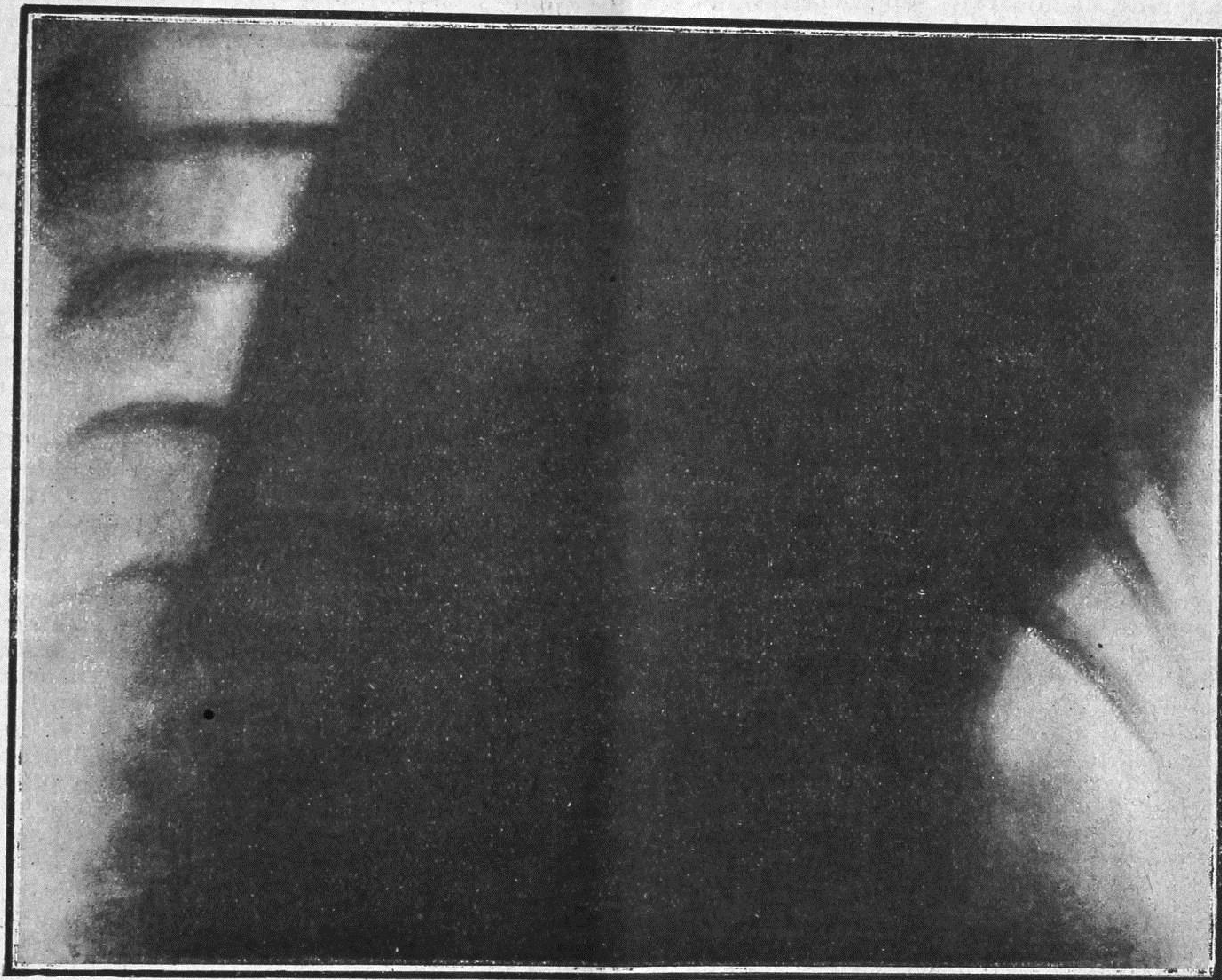


FIG. 1.

Esame bacteriologico del sangue negativo come la ricerca dei parassiti sia di giorno che di notte. Siero-diagnosi del Wassermann (dal sangue) positiva (+ + +). Cutireazione alla tubercolina negativa. Es. feci: ben formate, di consistenza dura, di colorito normale: sangue assente; es. microscopico: detriti alimentari, qualche gocciolina di grasso, non si notano uova di parassiti.

Urine: aspetto lattiginoso con uno strato evidente più denso alla superficie; coaguli densi in sospensione e nel fondo: sangue libero nel fondo o coagulato.

Quantità 1500 P. S.=1014 R.=alcalina, albumina da gr. 8 a 12 ‰; zucchero (glucosio, pentosi), assente; acetone, acido acetacetico.

assenti; pigmenti biliari, urobilina, indacano assenti; sangue presente; urea gr. 8,20 ‰.

Il sedimento è costituito di ammassi gelatinosi lattescenti con sfumatura rosea; microscopicamente costituiti di globuli bianchi e rossi con scarse cellule ovoidali. Non si notano elementi renali (cilindri, cellule) nè dei bacinetti. Fissando in alcool assoluto i detti coaguli lattiginosi ed eseguendo la tecnica comune di inclusione e colorazione come per le altre indagini istologiche, si mette in evidenza un tessuto coagulato privo di struttura morfologica propria con alla periferia appiccicati dei leucociti normali (mononucleati e linfociti) e globuli rossi e in minore numero delle cellule dello strato superficiale della vescica. Non si osservano elementi del rene, nè elementi eteroplastici del rene o della vescica. Con l'obbiettivo ad immersione la parte cremosa delle orine risulta costituita di granuli di grasso oltremodo fini che rasentano i limiti della visibilità. Dopo ebollizione e aggiunta di acido acetico l'urina filtra leggermente torbida, agitata con etere e alcalinizzata con lisciva di soda si chiarifica completamente.

Oltre al grasso si sono trovati anche gli altri elementi del chilo e quindi albumina e suoi prodotti di trasformazione, cellule linfoidi e corpuscoli rossi del sangue, coaguli di fibrina.

All'ingresso in O. le urine sono sanguigne anche macroscopicamente in tutta la giornata e anche la notte: non fu notata alcuna differenza tra le urine del giorno e della notte come talora avviene nelle chilurie tropicali; nessuna differenza per la stazione eretta sia per la posizione orizzontale o sul fianco. Dopo 5 giorni di riposo l'urina diventò meno emorragica ma la presenza del sangue, per lo meno microscopicamente, non mancò mai fino all'esito.

L'osservazione quotidiana della urina fece rilevare come la lattescenza subisse notevoli variazioni di intensità: le urine raccolte nelle varie minzioni in vasi separati si presentano ora bianche come latte, ora appena torbidiccie, qualche rara vola anche limpide del tutto. Esaminate in questo momento si presentano meno ricche di grasso e di albumina, però il sedimento è sempre costituito di globuli bianchi e rossi, scarse cellule vescicali.

Variabile fu pure la formazione dei coaguli e a volte erano già preformati in vescica, altre volte si formavano appena emessa l'urina, altre volte molto più tardi o affatto.

La quantità giornaliera delle urine variò da 1400 a 2100: il numero delle minzioni da 4 a 7 nelle 24 ore. All'esame cistoscopico notasi leggero arrossamento della mucosa, qua e là sporgente sotto forma di cordoni poco pronunciati: l'urina lattescente esce a getto discontinuo da ambedue gli ureteri. Provammo a mettere la malata a diverso trattamento dietetico e notammo che la quantità del grasso della urina variava in rapporto con quello ingerito. Se si teneva a digiuno completo la lattescenza diminuiva notevolmente; se a solo latte le urine conservavano un aspetto biancastro costante, con coaguli cremosi e sangue. Se si metteva la p. alla dieta comune (cioè alla seconda o terza: latte 500-1000, pane 200, minestra 60, carne 200, 2 uova, 300 vino, 30 zucchero) o si aumentava la quantità dei grassi ingeriti, aumentava pure la lattescenza delle urine. Ho dosato coi consueti metodi il grasso contenuto nelle urine: nei vari periodi di lattescenza delle urine esso variò da gr. 1.20 a gr. 3.70 ‰.

Contemporaneamente facendo il dosaggio del grasso nel sangue notai che subiva variazioni adeguate alla qualità dell'alimentazione (1-1.70 %). Non si notò parallelismo perfetto tra quantità di grasso e di sangue nelle urine, tuttavia tra i due fatti una certa dipendenza esisteva perchè con l'aumentare dell'uno aumentava anche l'altro.

La paziente fu tenuta in osservazione dal 22-VII-922 al 29-VIII-922 durante il quale periodo fu tentata una cura mercuriale, però senza risultato. Essa non accusò mai disturbi subbiettivi a carico della minzione: accusava invece disturbi cardiaci che si andarono mano mano accentuandosi fino a condurla a morte. Ad intervalli variabili, da ultimo assai di frequente la malata era colta da accessi dispnoici, con vivo senso di ansia ed oppressione precordiale. Il polso diveniva frequente (140) e piccolo, la faccia cianotica, in uno di questi accessi venne a morte il 28-VIII-1922.

Autopsia. — Aperta la cavità toraco addominale con taglio mediano e spostate le pareti secondo la tecnica usuale, si mettono allo scoperto i visceri interni. Il cuore e l'aorta ascendente enormemente dilatata formano un grosso blocco cuneiforme, irregolare, con bozza più sviluppata a destra e vaste aderenze allo sterno, al diaframma, tra pericardio e pleure, tra queste e i polmoni che appaiono schiacciati specie a destra. Le cavità pleuriche contengono un po' di liquido sieroso. Il mediastino anteriore è enormemente allargato e pieno di tessuto connettivo denso, prodotto di reazione del processo infiammatorio che ha interessato per molti anni l'albero cardiovascolare. Detto tessuto reattivo ingloba tutti gli organi del mediastino stesso. Il cuore è fissato al diaframma, il pericardio aderente al miocardio in sinechia completa; il ventricolo sinistro ipertrofico con pareti spesse oltre 3 a 4 cm.; anche l'orecchietta sinistra è ipertrofica e dilatata mentre il ventricolo e l'orecchietta destra hanno pareti sottilissime e cavità schiacciate da una enorme sacca che sovrasta il cuore.

Si tratta di un voluminoso aneurisma della aorta toracica ascendente che prende punto di partenza dall'orificio aortico e finisce in alto a 2 cm. dall'origine del tronco anonimo. L'aneurisma è rappresentato da una bozza fusiforme con pareti schiacciate e variamente pieghettate su loro stesse (fig. 2): facendo una sezione longitudinale la sacca si trova piena di sangue coagulato, asportato il quale si libera una cavità lunga circa 8 cm. e larga 4 con un perimetro massimo di 14 cm. Si continua in alto con l'aorta toracica che nel suo ultimo tratto ascendente, nell'arco e nel tratto discendente è normale per volume e consistenza. Le pareti della sacca aneurismatica sono dure, spesse mezzo cent. internamente con placche opaline biancastre liscie alquanto rilevate alcune di configurazione raggiata, mentre esternamente si osservano le traccie del processo infiammatorio cronico (periaortite fibrosa) che si è poi esteso a tutto il mediastino.


ISTITUTO NAZIONALE DI CHEMIOTERAPIA
MILANO

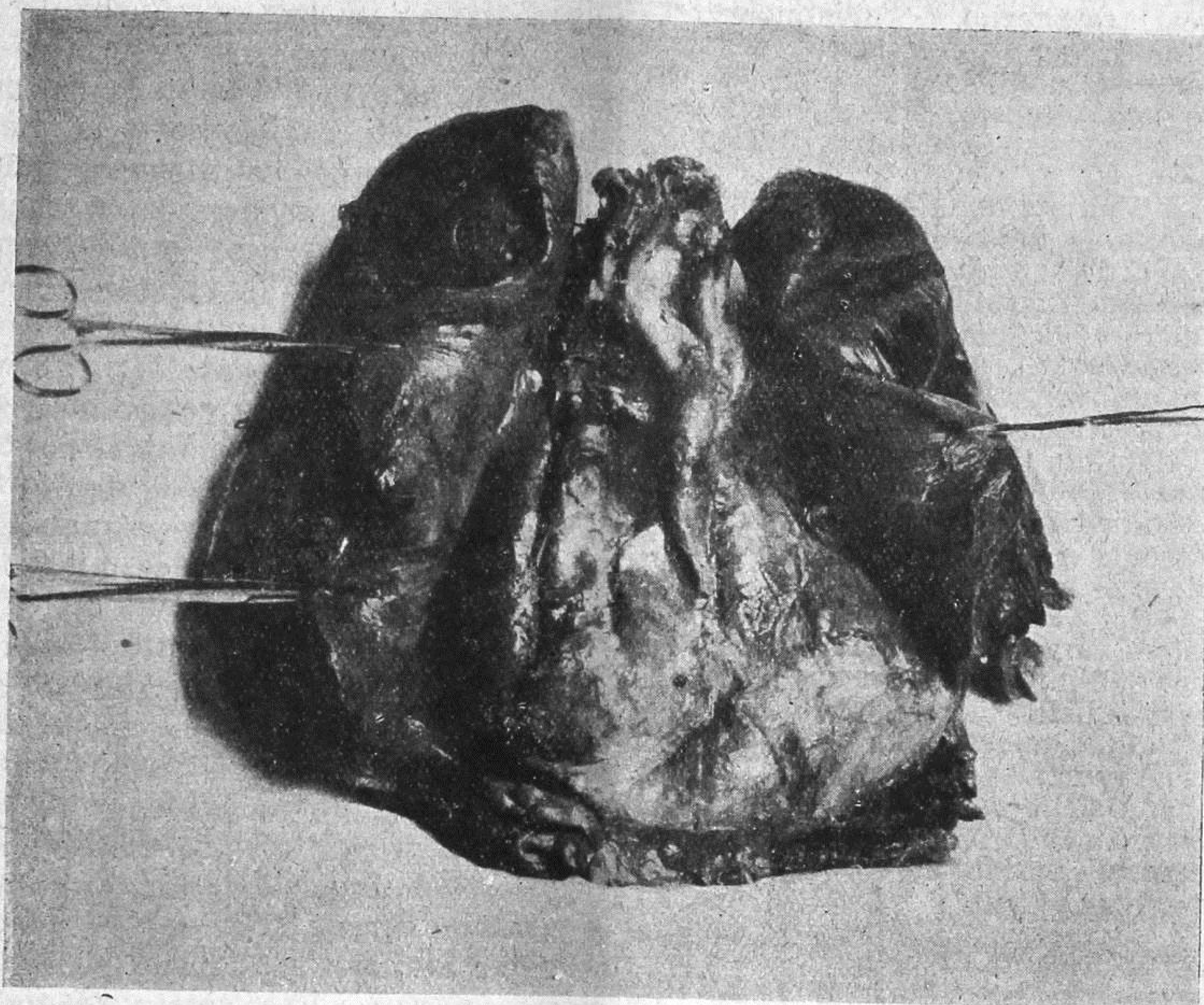


FIG. 2.

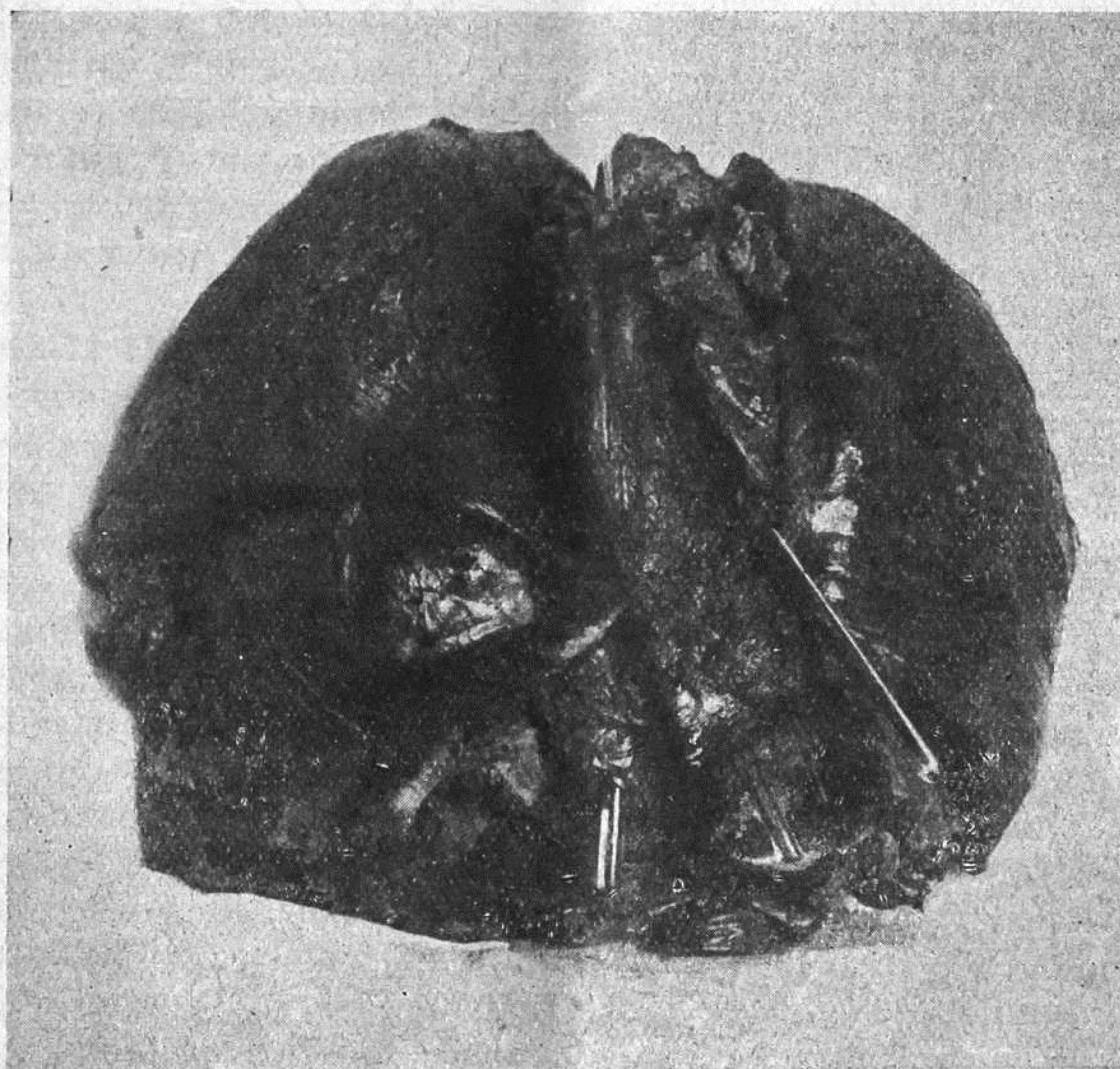


FIG. 3.

La sacca aneurismatica comprime tutti gli organi compresi tra sterno e colonna vertebrale e cioè ventricolo e orecchietta destra, le cave, l'esofago e il dotto toracico (fig. 3).

Proseguendo nell'autopsia, si trova il fegato ingrossato, di consistenza dura, ptosico e con legamenti molto rilasciati sì che si può spostare in ogni punto della cavità addominale. Lo stomaco e la milza sono pure ptosici, senz'altro di speciale. I reni sono mobili nella loro loggia ma non ingranditi di volume, nè presentano macroscopicamente segni di rilievo: sezionati trasversalmente hanno la sostanza corticale molto ridotta e la sostanza midollare con strie lattescenti; i bacinetti pure sono pieni di liquido lattiginoso. Gli ureteri non presentano rigonfiamenti, nè tortuosità.

La vescica è di volume normale con un po' di urina lattescente e raggrumata; la mucosa interna è sollevata in ampie pieghe ma non si osservano varici venose nè linfatiche.

Nessuna lesione macroscopicamente importante a carico dell'intestino, dei grossi vasi addominali e di quelli della parete dell'addome se si esclude la enorme dilatazione delle cave, della vena porta e delle azigos, come pure la varicosità delle vene della parete addominale riscontrate all'esame obbiettivo.

Dopo accurato esame in sito dai vari organi si asportano in blocco il cuore coi grossi vasi toracici e segmenti dell'apparato orinario come pure frammenti di polmone, fegato, milza e si fissano in formalina al 10 %. Si procede alle indagini istologiche coi vari metodi di fissazione e colorazione.

Tale indagine a carico dell'aorta e dei vari organi del mediastino non dà altro di notevole che i segni di pregressa infiammazione cronica cón tessuto reattivo cicatriziale che imbriglia i vari organi e comprime il dotto toracico. Questo ultimo non presenta rigonfiamenti nè altri segni di malattia propria.

Nella vescica si nota un aumento degli strati muscolari e della mucosa; il tessuto linfoide non è in aumento. Nessuna alterazione istologica negli ureteri e nei bacinetti.

Rene. — La sostanza corticale è fortemente ridotta di spessore; le cellule dell'epitelio renale sono rigonfie e in parte sfaldate. La sostanza midollare è rappresentata da canalicoli pieni di coaguli gelatinosi e tessuto interstiziale lasso. I vasi linfatici sono dilatati e beanti nel tessuto interstiziale come pure i vasi sanguigni. Tale reperto è identico nei due reni ed in ogni sezione di essi.

CONSIDERAZIONI CLINICHE.

La diagnosi del caso clinico sopra indicato sembra facile per ciò che si riferisce alla constatazione dei fatti: si tratta di una chiluria vera e propria, chiluria non parassitaria od essenziale o nostrale come venne chiamata in seguito. Il difficile sta nell'interpretazione etiologica e patogenetica. L'esame clinico del torace, le indagini radiologiche e più ancora il reperto necroscopico ci fanno pensare che si tratti di un caso identico a quello descritto dal Port cioè di chiluria da stasi per compressione meccanica del dotto toracico. Il nostro caso è interessante anche per le ripetizioni del fenomeno: osservato per la prima volta a 35 anni per 6 mesi, la paziente guarì spontaneamente col riposo e la dieta; stette bene per un anno, poi di nuovo durante l'ultimo periodo di una gravidanza ebbe chiluria per tre mesi che cessò improvvisamente col parto. In seguito è stata bene per 21 anni pur avendo altre 6 gravidanze di cui quattro a termine con 2 figli ancor vivi. Nel nostro caso si tratta di un soggetto con reazione di Wassermann fortemente positiva, con mediastinite e grosso aneurisma dell'aorta toracica (tratto ascendente). Se vogliamo ammettere che la medesima causa abbia agito da ostacolo meccanico al deflusso del chilo in tutti i periodi bisogna pensare che il processo infiammatorio cronico di probabile natura celtica che ha portato alle lesioni mediastiniche sopra descritte con imbrigliamenti del dotto toracico, abbia avuto delle poussées di miglioramento e di peggioramento fino all'epilogo ultimo dopo 22 anni di malattia ignorata e non curata. Il processo luetico che aveva intaccato l'aorta fino a determinare l'aneurisma grosso e variamente pieghettato descritto all'autopsia, aveva intaccato anche il mediastino con produzione di abbondante tessuto connnettivo che circondava tutti i visceri producendo conseguenze varie a seconda della resistenza e della funzione di essi e della maggiore o minore adattabilità, data la lentezza del processo infiammatorio stesso.

La patogenesi della chiluria nostrale è stata oggetto di lunga discussione nei pochi casi che sono stati pubblicati, casi del resto molto vari per la sede e la natura dell'affezione fondamentale che aveva dato origine alla sindrome urinaria.

Nel caso del Roberts l'infermo aveva perdita di chilo per le urine e per la pelle dell'addome e all'autopsia si riscontrò un'immensa esagerazione dei plessi linfatici nella parete addominale, e nessuna lesione a carico della vescica, bacinetti e reni: nei polmoni e negli intestini tutti i segni di una tubercolosi avanzata. Nel caso del dott. Port un pacco di ghiandole tubercolari comprimeva il dotto toracico e determinava la stasi linfatica nei vasi afluenti. Nel caso illustrato dallo Stuertz ed operato dal König esistevano uova di Eustrongylus gigas nelle urine chilose, il cateterismo ureterale dimostrava che le urine chilose provenivano solo dalla parte sinistra, mentre alla biopsia non fu possibile rintracciare il parassita nel rene, e neppure nel bacinetto nè alcuna alterazione dei vasi linfatici o delle glandule.

Le osservazioni cliniche sono meno scarse dei casi seguiti da autopsia: così sono noti dei casi di chiluria in ammalati di cuore, la osservazione del Concato che vide sorgere la chiluria durante la gravidanza, del Morgan che invece l'osservò dopo un parto, del Gabbi in un malato che presentava un adenoma renale, del Giordano in un malato di nefrite interstiziale secondaria a tubercolosi del testicolo. Il Murri illustrò pure un caso di chiluria nostrale in un soggetto che aveva avuto una cistite blenorragica e riferisce che 7 casi con la stessa sindrome urinaria erano capitati sotto l'osservazione di un medico condotto della Liguria nel decorso di pochi mesi senza che si potesse rintracciare la causa nè la patogenesi.

Il mio caso è il terzo che si conosce nella letteratura medica in cui è stata possibile la autopsia.

In esso risulta chiara la sede dell'ostacolo meccanico al deflusso normale del chilo; ciò nonostante resta oscuro il meccanismo per cui l'eliminazione del chilo avviene per la via delle urine. A questo proposito citerò i dati sperimentali di alcuni fisiologi. Schmidt Mühleim presso il Ludwig trovò che la legatura del dotto toracico determina un rigonfiamento e congestione del dotto e dei linfatici che ne dipendono, con consecutivo trasudamento della linfa. Il Foster pensa che il grasso assorbito dall'intestino, attraversando i gangli linfatici del mesenterio «scompaia in parte dal chilo e dalla torrente sanguigna per vie ignote e per un processo intorno al quale non possiamo ancora formarci alcun concetto», opinione non condivisa da tutti i fisiologi e la cui soluzione resta ancora sub judice.

Anche ammettendo che un aumento di contenuto grassoso del sangue determinasse una chiluria, nel nostro caso non si potrebbe tirare in campo tale ipotesi perchè si riscontrò appena l'1-1 1/2 % di grasso, mentre la letteratura medica cita casi di lipemia in cui si arrivò al 5-10-20 % di grasso nel sangue senza che si avesse chiluria.

Si tratta di caratteri chimici speciali del grasso, più permeabile ai vasi linfatici e sanguigni, oppure di alterazione del filtro renale?

L'esame istologico dei reni nel nostro caso ha messo in evidenza un aumento dei capillari sanguigni e linfatici beanti negli spazi intercellulari del connettivo interstiziale sia della corticale, sia della midollare. Inoltre l'assenza continua di elementi renali in tutte le osservazioni microscopiche delle urine, il reperto cistoscopico che porta ad ammettere che la mistione del chilo alle urine avvenga al disopra della vescica, la presenza costante del sangue accanto al grasso e che spiega la ragione della forte dose di albumina delle urine chilose, rendono probabile l'ipotesi che le vie sanguigne e linfatiche del rene nel nostro caso abbiano subìto alterazioni morbose, mercè le quali il grasso veniva eliminato attraverso ad esse insieme agli altri elementi delle urine.

D'altra parte apparisce evidente e indispensabile che anche laddove esiste un ostacolo meccanico al deflusso del chilo, è necessaria l'esistenza di altri fatti morbosi e in particolar modo di alterazioni qualitative dei linfatici per poter spiegare la produzione di una chiluria.

Se infatti si pensa alla frequenza delle adenopatie peribronchiali, che non sono rari i tumori del mediastino o retroperitoneali, e le altre condizioni che rendono possibile la compressione del dotto toracico, non si capirebbe perchè l'urina diventi chilosa solo in rarissimi casi.

Alcuni autori citano la sifilide come causa delle alterazioni dei linfatici, altri la tubercolosi, l'epatite interstiziale, i traumi, la nefrite interstiziale, l'alterazione del ricambio materiale (Zagari, Götze). Maragliano ammette una origine nervosa. Ma anche queste malattie non possono che essere citate come concause, perchè troppe volte esistono senza chiluria.

È probabile che diverse siano le cause, come diversi i meccanismi per cui le urine si caricano di insolite quantità di grasso.

Forlì, 18 giugno 1923.

LETTERATURA CITATA.

GOETZE. *Die Chylurie u. s. w.* (1887). Citato dal «Policlinico», Sezione Pratica, 1911, n. 48.

SENATOR. *Ueber Chylurie mit chylösen Ascites.* Citato c. s.

FRANK. *Ein Fall von chylurie.* Citato c. s.

HERMANN LÜDKE. *Ueber die chylurie.* Citato c. s.

WOLFF. *Zur Lehre der Chylurie.* Citato c. s.

PORT. *Ein Fall von nicht parasitärer Chylurie.* Citato come sopra.

MAGNUS LEVY. *Ueber Chylurie.* Citato c. s.

SALKOWSKI. *Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Chylurie.* Deuts. Med. Woch., n. 4, 1909.

GABBI. *Un caso di Chiluria.* «Policlinico», Sez. Med., settembre 1904.

GIORDANO. *Su di un caso di chiluria.* La Riforma medica, 1905. pag. 1297.

P. BIFFIS. *Un caso di chiluria non parassitaria.* «Policlinico», Sez. Pratica, 1911, n. 48.

MURRI. *Lezioni di clinica medica*, pag. 1416.

BARBERIO. *Ascite pseudo-chilosa.* «Policlinico», Sez. Medica, 1911, n. 7.

ASCHOFF. *Trattato di anatomia patologica.*

LUCIANI. *Fisiologia.* V. ediz., vol. II, pag. 290. Policlinico, Sez. Pratica, 1916, n. 45.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE
diretto dal prof. S. BELFANTI.

Il meccanismo della crisi pneumonica.

(Nota critica).

Dott. DOMENICO CARBONE.

In tutte le epoche la crisi pneumonica ha attirato a sè l'interesse degli studiosi, e numerosissimi furono i tentativi per spiegarne il meccanismo.

« Il più sovente tra il quarto e l'ottavo giorno, con una predilezione marcata pel settimo, la crisi si stabilisce accompagnata da sudori profusi. Con una discesa critica la temperatura si abbassa fino al disotto del livello normale, diminuisce la frequenza del polso e del respiro e, dopo un profondo sonno ristoratore, l'ammalato appare rinato alla vita: la *facies* cambia aspetto, svaniscono i fenomeni funzionali, particolarmente la dispnea e la cefalalgia. La vera crisi dura un giorno, trentasei ore al più; a partire da questo punto comincia la fase riparatrice, la convalescenza ».

Il fenomeno di così repentino mutamento venne dagli antichi comparato alla sentenza giudiziaria chiamata a decidere della vita o della morte d'un accusato, poichè, infatti, la denominazione « crisi » d'origine greca, significa « sentenza ». Ma gli antichi difettavano di metodi d'indagine esatta onde approfondire le ragioni d'essere dei fenomeni vitali e perciò si limitavano a rispettare e ad attendere la crisi pneumonica, la quale per Ippocrate equivaleva alla soluzione della malattia e consisteva nell'evacuazione o nel deposito degli umori.

Questa teoria, per quanto primitiva fosse, vale ancora oggi per la maggior parte dei medici, che si accontentano di considerare la crisi come uno sforzo della natura per sbarazzarsi degli umori viziati dalla malattia.

La seconda metà del secolo XIX portò, con la scoperta di nuovi mezzi d'indagine chimica, ad una definizione precisa di sintomi della crisi pneumonica: le ricerche termometriche rilevarono la defervescenza termica procritica della temperatura con acceleramento del polso; lo studio ematologico mise in evidenza una diminuzione rapida dei leucociti nel periodo della defervescenza, seguita generalmente in breve tempo dal ritorno ai valori normali, ed accompagnata anche da modificazioni dei globuli rossi; l'analisi delle orine emesse durante la crisi rivelò delle modificazioni rispetto alla quantità, alla composizione chimica ed al potere tossico di esse.

Ma gli studiosi non si accontentarono di definire i mutamenti che nel loro insieme costituiscono la crisi; essi vollero penetrare anche il suo meccanismo più intimo.

Riconosciuta la natura infettiva della polmonite, e scopertone l'agente causale, il diplococco di Fränkel, era logica la supposizione che la spiegazione della crisi potesse trovarsi nel campo della batteriologia e della immunologia.

Teoricamente si dovrebbe ammettere per la polmonite, come per altre malattie infettive, che la guarigione avvenga o quando i diplococchi abbiano perduto la loro virulenza o quando l'organismo sia divenuto tanto resistente da non risentire più la loro azione patogena. In pratica la constatazione incontra delle difficoltà, anche pel modo rapidissimo con cui si svolge la crisi.

Sapendo quanto labile sia la virulenza dei diplococchi nelle colture, si presunse che anche nell'organismo il germe potesse perdere dopo pochi giorni il potere patogeno. Infatti Patella credette trovare una spiegazione alla crisi nella mutata reazione chimica del succo epatizzato che si fa acido, rendendo così difficile la vita al microbo della polmonite, e lo stesso concetto del vecchio lavoro italiano viene ora ripreso da Lord, il quale attribuisce la crisi e la guarigione a modificazioni biochimiche che si svolgono nel tessuto polmonare, con produzione di un ambiente acido, mortale pel pneumococco.

Ma Banti non trovò costante tale fatto, anzi, molte volte egli trovò nello stadio dell'epatizzazione (nell'essudato tolto dai cadaveri e nell'essudato aspirato dai polmoni dopo la crisi in individui guariti) dei diplococchi virulentissimi. Tanto dal sangue, quanto dall'essudato pleurico, il Banti (sempre in individui guariti, dopo la crisi) potè coltivare diplococchi dotati di un completo potere patogeno. Ugualmente possono conservare la loro completa virulenza i diplococchi contenuti nello sputo durante la convalescenza (Lütscher, Neufeld e Händel, Tschistovitsch). Resta così dimostrato che l'individuo, anche dopo aver superata la crisi, può albergare negli organi diplococchi virulenti.

Esclusa così la perdita totale della virulenza da parte del diplococco si rivolse la ricerca alle sostanze difensive elaborate dall'organismo.

La formazione di anticorpi specifici nel decorso della polmonite è generalmente ammessa. Il numero più grande di tali studi riguarda il potere agglutinante durante e dopo la malattia (Bezançon e Griffon, Daddi e Pe-

sci, Landi e Cionini, Silvestrini e Sertoli, Neufeld, Huber, Jehle, Stefanelli, Blake) e da essi risulta che l'organismo umano, per effetto dell'infezione pneumonica, acquista proprietà agglutinanti specifiche; esse compaiono generalmente in epoca prossima alla crisi; non sono però dimostrabili che per brevissimo tempo e sono assai poco pronunciate.

I dati dell'agglutinazione non forniscono alcuna spiegazione sul modo con cui l'organismo si difende dall'infezione diplococcica, poichè se la comparsa di agglutinine specifiche nel corso di un'infezione è indizio della reattività dell'organismo all'agente morboso, essa non ha in sè il significato di una reazione di difesa e non è affatto proporzionale a questa. In secondo luogo la comparsa delle agglutinine è così fugace e poco manifesta da non fornire un argomento molto dimostrativo in favore di una reazione umorale degna di nota all'infezione pneumonica. Lord e Nye che notarono la mancanza, o quasi, di agglutinine per il pneumococco omologo nell'essudato pneumonico, spiegano questo fatto dimostrando che il polmone pneumonico contiene una sostanza solubile che impedisce l'agglutinazione del pneumococco da parte del siero omologo.

Non mancarono gli studiosi che cercarono di stabilire se sia possibile dimostrare nel sangue di pneumonici la comparsa graduale o critica di sostanze antibatteriche capaci di paralizzare od attenuare sensibilmente l'infezione pneumonica.

I risultati furono contraddittori e non autorizzano ad una conclusione definitiva in un senso o nell'altro. Negli esperimenti fatti su topi e conigli Klemperer, Römer, Neufeld e Händel riscontrarono, cioè, presenza di anticorpi nel sangue di pazienti che avevano appena superata la crisi, mentre ottennero risultati negativi nella medesima ricerca Foà, Kruse e Pansini, Seligmann e Klopstock, Bötcher, Strouse e G. Ascoli. Quest'ultimo A. sostiene, in accordo con Neufeld e Händel, che le sostanze difensive contro il diplococco di Fränkel sono contenute nel siero umano all'infuori di ogni infezione analoga in atto o pregressa, e che il potere difensivo subisce nel corso della polmonite variazioni positive e negative lievissime e male apprezzabili.

Non si può, dunque, riferire la crisi e risoluzione della polmonite ad una produzione ed immissione abbondante in circolo di ambocettori antidiplococcici, siano essi specificati come batteriolisine o come opsonine (Mac Donald, Wolf, De Marchis, Eggers).

Del resto le ricerche del Denys e Leclef, del Neufeld e Rimpau, del De Marchis escluderebbero le batteriolisine, quelle dello Strouse escluderebbero anche le opsonine e gli studi di Seligmann e di Klopstock negano la presenza di qualsiasi sostanza difensiva sia prima che dopo la crisi.

Ma nella guarigione della polmonite Neufeld e Händel distinguono due processi, che apparentemente sono indipendenti l'un dall'altro: la risoluzione locale dei polmoni epatizzati ed il miglioramento repentino dei sintomi generali. Solamente quest'ultimo processo sarebbe, secondo tali studiosi, in relazione con la presenza di anticorpi specifici.

La risoluzione dell'essudato avviene con l'assorbimento, del quale, secondo Müller, Simon, Silvestrini e Flexner, è responsabile un processo di autolisi. Opie sostiene che tale processo si svolge per opera di fermenti messi in libertà dalle cellule polinucleari. Jobling, Petersen e Eggstein, studiando il sangue polmonitico nei vari stadii, trovarono che al momento della crisi diminuisce il contenuto del siero in antifermenti ed aumenta quello in fermenti. Probabilmente al momento critico si mobilizzano i fermenti dei tessuti organici in genere, accorrono nell'organo colpito, il polmone; ed iniziano ivi un attivo processo di autolisi, il quale dà un alterato rapporto dell'equilibrio fermenti-antifermenti. La regione polmonare coinvolta resta isolata dalla circolazione generale e questo fatto favorisce l'autolisi, essendo impedito l'accesso al siero ricco in antifermenti.

Lord e Nye confermarono recentemente queste vedute e precisarono che il fermento attivo proviene dalla disintegrazione dell'essudato delle cellule alveolari. L'entità del processo di autolisi dipende dal volume di siero presente nella regione colpita. Man mano che continua la disintegrazione delle cellule, indotta dal processo infiammatorio, il siero diventa meno abbondante ed il fermento, invece, aumenta; si arresta l'azione inibitoria del siero negli alveoli permettendo lo svolgersi della proteolisi.

Questi studi spiegano bensì un passo nel processo della crisi, ma non sono capaci di penetrarne l'intimo meccanismo.

A questo si accostano invece due lavori di recente pubblicazione dei quali per la loro importanza ritengo opportuno riassumere con qualche larghezza la parte che riguarda appunto la crisi pneumonica.

a) *Lavoro di* Cotoni, Trouche e Raphael.

Neufeld e Haendel (1910) hanno dimostrato che il siero post-critico dei polmonitici protegge il topolino contro una dose di pneumococco 100 volte maggiore di quella contro cui lo protegge il siero prelevato prima della crisi: essi

ritengono perciò che la crisi sia «una disintossicazione brusca, in cui l'azione degli anticorpi si fa sentire dal momento in cui essi sono in uno stato di concentrazione sufficiente».

Gli anticorpi finora noti si dividono in: *coagulanti*, che predominano nell'immunità: e *litici*, che predominano nell'ipersensibilità. Nella prima, l'organismo distrugge gli antigeni «silenziosamente e con poca spesa»; nell'ipersensibilità, questa distruzione avviene in modo rumoroso, esplosivo, e con maggior dispendio che nell'organismo normale.

«*Noi crediamo*, dicono gli AA., *che attualmente non si possa concepire la crisi pneumonica altrimenti, che come un fenomeno di ipersensibilità*.

I sintomi comuni ad ogni ipersensibilità (non varianti con la specie animale), caratteristici per l'anafilassi, si trovano anche nella crisi pneumonica. Ecco come ci si può rappresentare la crisi. Il sangue del polmonitico contiene pochi germi (al contrario che in altre malattie a crisi, febbre ricorrente, malaria, in cui esso ne pullula prima della crisi e ne è quasi libero al momento di essa, il sangue pneumonico dà spesso emoculture negative anche prendendone 20 cmc.: e talora la dà positiva anche dopo la crisi. Pare che nella polmonite umana il pneumococco *non si moltiplichi* nel sangue). Ma l'antigeno vi si ritrova come sostanza albuminoide disciolta: si rifletta al largo contatto (75 mq. circa) del sangue con la superficie degli alveoli polmonari, letteralmente zeppi di sostanza microbica.

Prima della crisi, gli umori del malato sono certo ricchissimi di sostanza pneumococcica, che va sempre più concentrandosi nel siero, sicchè fin dal principio le sostanze difensive normali sono esaurite. Intanto, ad un certo punto, la quantità dell'antigeno negli umori si fa tale che la resistenza dell'organismo comincia a cadere: ed ecco l'*esacerbazione procritica*, che non è lenta, ma generalmente brusca e contro la quale l'organismo *fa uno sforzo supremo*, rispondendole con una scarica di *anticorpi litici*: è la crisi. Con essa, l'organismo si difende «nel modo dell'ipersensibilità» con molta spesa, «rumorosamente», a rischio di soccombere: così la albumina pneumonica, resa solubile per la lisi, può eliminarsi per gli emuntori.

Questa bruschezza nel conflitto tra antigeno ed anticorpo non ha nulla di strano per le lisine: così nell'esperienza di Sachs, iniettando emazie di bue al coniglio, la distruzione di queste emazie eterogenee, lenta dapprincipio, in seguito avviene in modo rapido ed «*in maniera critica*», talvolta tanto da dare emoglobinuria.

Invece gli anticorpi coagulanti non hanno peso nella crisi, che non aumenta il debole tasso agglutinante specifico del siero del pneumonico.

La lisi dell'albumina pneumococcica, che avviene nella circolazione, libera un veleno (come in tutte le lisi, il veleno varia poco col variare dell'antigeno); la crisi pneumonica è l'intossicazione secondaria data da questo veleno.

Il veleno anafilattico (nell'anafilassi vera, sperimentale) agisce essenzialmente dando intensa vasodilatazione specie nel sistema vascolare intestinale: di qui la caduta brusca della pressione arteriosa, costante nell'anafilassi di tutti gli animali.

Altri sintomi anafilattici sono: la polipnea, l'accelerazione del polso, l'abbassamento termico, la diminuzione della leucocitosi, la diarrea ed infine, se l'animale non muore, *la rapidità od anche la bruschezza della guarigione*.

Anche nella crisi pneumonica, si ha la caduta critica della pressione arteriosa e diminuzione della leucocitosi. Forse le emorragie critiche, non costanti però (epistassi), sono legate alla relativa incoagulabilità del sangue, che si ha nella anafilassi (la coagulabilità del sangue nel pneumonico dovrebbe studiarsi nei vari periodi della malattia: Dochez l'ha trovata più lenta nell'acme).

Tutti gli altri sintomi critici derivano dalla caduta brusca della tensione arteriosa (misurabile, e rilevabile dal polso), accompagnata da vasodilatazione periferica: così l'apertura degli emuntori (rivelata dai sudori, dalla poliuria, dalle diarree critiche, e permettente una più facile eliminazione dei prodotti della lisi dell'albumina pneumonica). Se è vero, come dice Rohmann, che i cloruri sono combinati all'albumina proveniente dalla distruzione per febbre dei tessuti e circolante in gran quantità prima della crisi, la lisi spiega anche la brusca eliminazione critica dei cloruri. Al brusco passaggio degli animali anafilatizzati — se non muoiono — dallo stato d'intossicazione a quello d'immunità, corrisponde il brusco passaggio del polmonitico da uno stato grave ad uno di salute quasi normale. Insomma se non si può spiegare la crisi pneumonica in ogni sua parte, gli AA. non dubitano che essa «rientri nel quadro dei fenomeni d'ipersensibilità». Gli AA. hanno tentato di mettere un animale nelle condizioni del pneumonico al momento dell'esacerbazione procritica, quando nel suo siero si accumula la sostanza pneumococcica: e come tali hanno considerati i cavalli

ed i montoni inoculati di pneumococco (per ottenere il siero antipneumonico).

Ebbene: che il siero di tali animali contenga degli anticorpi litici, lo dimostra il fatto che *con esso si possono ipersensibilizzare passivamente le cavie contro il pneumococco.*

La quantità di siero da iniettarsi a tale scopo è piuttosto elevata (nelle esperienze qui pubblicate, 5 cmc.): gli AA. pensano che ciò corrisponda al fatto che occorre un aumento notevole d'antigeno negli umori del polmonitico, perchè scoppi la crisi.

Le esperienze fatte con uno stipite di pneumococco avirulento ed assai poco tossico, consistono in:

1) Ricerca dose mortale minima: da 4 a 15 cgr. di microbi uccidono in 6-8 giorni, senza notevoli differenze di tempo dall'una all'altra dose, e sempre dando emocultura positiva.

2) Controlli: cmc. 5 siero normale montone endovena, l'indomani dosi scalari di pneumococco endovena (cgr. 6 a 9). Morte in giorni 4 e mezzo-6; emocultura positiva.

3) Esperienze:

a) cmc. 5 siero montone antipneumonico, l'indomani, dosi scalari di pneumococco. La cavia 9 cgr. muore in 10 minuti (la 2 cgr. sopravvive).

b) Idem, con iniezioni endoperitoneali invece che endovenose: nella 9 cgr., morte in 10 minuti.

c) Come *a*, ma con siero di *cavallo* antipneumococco.

2 cgr., morte in 7 giorni e mezzo, emoculture negative.

4 cgr. una sopravvive, due muoiono immediatamente.

6 cgr. una morte in 4 minuti, una morte in 4 giorni e mezzo (emoculture +).

9 cgr. morte in 4 minuti.

Nei casi di rapida morte, questa avvenne coi sintomi tipici dell'ipersensibilità (ché gli AA. descrivono a pag. 169, ma che sono press'a poco i soliti).

Queste esperienze, fatte dagli AA. nel 1912, furono pubblicate solo nel 1914. Due anni dopo, Weil e Torrey, col metodo Dale (esame delle contrazioni dell'utero isolato) dimostrarono la presenza di sostanze anafilatizzanti pel pneumococco nel siero di pneumonitici fino alla crisi (le cavie ricevevano 4 cmc. di siero di polmonitico sottocute, e dopo 2-6 giorni un autolizzato di culture di pneumococco in vena o nel peritoneo).

b) *Lavoro di* S. Belfanti:

L'A. fa un minuto parallelo della sintomatologia: dello *shock* anafilattico, dell'*ictus* proteico (prendendo come esempio la guarigione del tifo *per crisi* con la proteinoterapia) e della *crisi* pneumonica, e mette in rilievo le loro strette analogie.

Anche in questa *crisi artificiale* del tifo — come in quella *naturale* della polmonite — la guarigione improvvisa riguarda solo la cessazione della febbre ed il ritorno dell'euforia, mentre le lesioni anatomiche (ulcerazioni intestinali pel tifo, lesioni polmonari per la polmonite) rimangono, e guariscono solo in seguito.

La crisi della polmonite si ritiene da alcuni dovuta alla produzione intensa, nel focolaio pneumonico, di anticorpi, che immessi in circolo neutralizzerebbero le pneumotossine, svelenando così l'organismo: ma la sopravvivenza post-critica di pneumococchi virulenti nello sputo fa sì che l'A. ritenga poco probabile questo meccanismo della crisi, tanto più che, in animali con lesioni locali e generali da pneumococco, il siero antipneumococcico guarisce le generali ma non agisce sulle polmonari. Anche nel tifo dopo la guarigione permangono batteri vivi e virulenti. Perciò nella crisi naturale dell'una ed artificiale dell'altra malattia, gli anticorpi, pur coadiuvando, non possono rappresentare l'agente unico della guarigione. Nella polmonite, l'intossicazione è dovuta dapprincipio ai tossici proprii del pneumococco, ma in secondo tempo a veleni liberatisi per la distruzione delle cellule del malato (nucleoistone, T. Carbone, 1902); la terapia specifica è attiva rispetto ai primi.

« La crisi della polmonite è con probabilità « provocata da questa forma d'intossicazione « secondaria da proteine organiche diventate « eterogenee e non ha forse relazione con l'a- « gente causale pneumonico che rimane qual- « che tempo immutato nel polmone anche a « guarigione avvenuta ».

La crisi anafilattica (uguale con qualsiasi antigeno) non è dovuta, come si riteneva un tempo, a lisi del proteide eterogeneo anafilattogeno, ma ad azione di questo sull'equilibrio colloidale del siero, donde la flocculazione di un normale costituente del siero che nell'anafilassi aspecifica è il più labile, l'euglobulina, mentre in quella specifica potrebbe essere anche un'altra, la sierina o la pseudoglobulina. Tra le sostanze dotate di questa proprietà flocculante (aspecifica) vi sono anche le proteine batteriche (per es. quelle del b. del tifo e del v. colerigeno). L'anafilassi non è sempre solo umorale: analoghe alterazioni colloidali possono aversi anche nei protoplasmi cellulari. Essendo anche la proteinoterapia un agente di flocculazione o, in senso più largo, di alterazione dello stato colloidale, essa,

quando giunge allo scopo, ristabilisce l'equilibrio tra i colloidi del sangue: l'*ictus* della crisi sarebbe l'espressione di questa violenta modificazione.

I sette giorni circa di malattia che debbono precedere la crisi rappresentano forse, nella polmonite, il tempo necessario alla creazione dello stato anafilattico (periodo pre-anafilattico utile alla sensibilizzazione per lo *shok* anafilattico): gli anticorpi da formarsi nella polmonite non sarebbero quelli contro il microbo, ma contro i prodotti cellulari (T. Carbone), avendo così le condizioni per la flocculazione tra antigeno ed anticorpo da cui verrebbe la crisi considerata come un fenomeno anafilattico. La crisi sarebbe dunque un ritorno ad un miglior equilibrio colloidale negli umori, che provocherebbe la cessazione della sofferenza.

Superata l'anafilassi si ha temporanea immunità (scheptofilassi). Anche la crisi potrebbe essere un caso di schepto- o deanafilassi.

Confrontando, ora, la concezione della crisi pneumonica secondo gli AA. francesi e secondo il Belfanti noi vediamo che:

1° I francesi raffrontano la crisi pneumonica soltanto con la crisi anafilàttica: il Belfanti estende il raffronto, ed il rilievo della analogia, alla crisi emoclasica proteinoterapica, accostando così la crisi naturale della polmonite anche a quella artificiale del tipo proteinoterapico;

2° I francesi interpretano sia la crisi pneumonica, sia lo *shok* anafilattico, come risalenti a fatti litici, proprii della difesa dell'organismo «nel modo dell'ipersensibilità», e ritengono che il materiale lisato sia la proteina pneumococcica diffondentesi nel sangue. Le loro esperienze (e quelle da loro citate da Weil e Torrey) dimostrano bensì che il siero di pneumonici, e degli animali inoculati con corpi di pneumococchi dà anafilassi passiva per lo pneumococco, ma non dicono nulla sulla natura litica o meno dell'anafilassi stessa.

Il Belfanti dimostra, invece, la natura non litica sia della anafilassi, sia dell'emoclasia, e ritiene pure non litica la crisi pneumonica: inoltre vede la causa di quest'ultima (pure da lui concepita — come dai francesi — come un fatto di ipersensibilità), non nelle proteine batteriche primitive o lisate, ma nei proteici derivanti dalla distruzione cellulare;

3° Tanto gli uni come gli altri AA., rilevano l'analogia tra il passaggio brusco del polmonitico da uno stato grave al benessere, ed il brusco stabilirsi di uno stato d'immunità nell'animale che sia sopravissuto all'anafilassi (scheptofilassi, deanafilassi).

Quindi: la concezione del Belfanti è più vasta e più consona alle moderne vedute sulla natura dell'anafilassi e della crisi emoclasica: ma sia questi che i francesi (e questi ultimi, anche col loro contributo sperimentale) concordano nell'interpretare la crisi pneumonica come un fatto da comprendersi nel quadro dei fenomeni di ipersensibilità. Mentre, però, gli AA. francesi ne fanno risalire la causa alle proteine batteriche (salvo che per quanto riguarda i cloruri, che sarebbero invece legati ad albumine da distruzione cellulare la cui lisi bruscamente li libererebbe) il Belfanti rivolge il suo pensiero sopratutto ai proteici da distruzione cellulare; il che permetterebbe quindi di inquadrare in un solo tutto anche l'accennata ipercloruria postcritica.

Comunque, l'uno e l'altro lavoro aprono vie nuove allo studio del meccanismo intimo della crisi pneumococcica: auguriamoci che, percorrendo queste vie, si possa giungere finalmente alla risoluzione sperimentale dell'importante e secolare problema.

BIBLIOGRAFIA.

G. ASCOLI. Clinica Medica, Genova, 1904.
BANTI. Archivio per le Scienze Mediche, 1888, e Lo Sperimentale, 1890.
BELFANTI. Policlinico, Sez. Prat., 1922.
BESANCON e GRIFFON. Comptes-rendu Soc. biol., 1897.
BLAKE. Arch. Int. Med., 1918, p. 779.
BÖTTCHER. Deutsche Arch. f. Klin. Med., 1919.
T. CARBONE. Memorie R. Accad. Scienze, Lett. ed Arti, Modena, serie III, vol. IV, 1902.
COTONI, TRUCHE e RAPHAEL. Masson et C.ie Editeurs, Parigi, 1922.
DADDI e PESCI. Riv. Crit. Clin. Med., 1901.
DOCHEZ. Journ. of exp. med., novembre 1922, vol. XVI, p. 693.
DE MARCHIS. Lo Sperimentale, 1908.
EGGERS. Journ. of Infect. Diseases, vol. X.
FLEXNER. Journ. of Exper. Med. XXXIV.
FOÀ. Zeitschr. f. Hygiene, 1893. Il Policlinico, 1890.
HUBER. Ctrbl. f. innere Med., 1902, n. 17.
KLEMPERER. Berl. Klin. Woch., 1891.
KRUSE e PANSINI. Zeitschr. f. Hygiene, 1892.
JEHLE. Wien. Klin. Woch., 1903, n. 32.
JOBLING, PÉTERSEN e EGGSTEIN. Journ. of Exp. Med., vol. XXII.
LANDI e CIONINI. Clinica Moderna, 1901.
LORD. Journ. Amer. Med. Ass., 1919, p. 1364
LORD e NYE. Journ. of Exp. Med., vol. XXXIV.
LÜTSCHER. Journ. of Infect. Diseases, vol. IX, p. 287.
MAC DONALD. Trans. path. soc., London, 1906.
MÜLLER. Journ. of Exp. Med., vol. XXXIV a pag. 201.
NEUFELD. Zeischr. f. Hyg. u. Infec., XL.
NEUFELD e HÄNDEL. Arb. aus dem K. Gesuvodheitsamte, vol. XXXIV, p. 166.

PATELLA. Atti della R. Acc. Med. di Roma, 1889.
RÖMER. Deutsche Med. Woch., 1909.
SACHS. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1903.
SELIGMANN e KLOPSTOCH. Zeitsch. Immunitätsforschung, 1909.
SILVESTRINI. Journ. of Exp. Med., XXXIV.
SILVESTRINI e SERTOLI. Riforma Medica, 1900.
SIMON. Journ. of Exp. Med., XXXIV.
STEFANELLI. Riv. crit. di Clin. Med., 1903.
STROUSE. Journ. of Exp. Med., vol. II, 1909.
TSCHISTOWITSCH. Ann. de l'Institut Pasteur, 1889-1890.
WEIL e TORREY. Journal of Exp. Med., vol XXIII, p. 1.
WOLF. Wiener Med. Blätter, 1887.

COMMENTI.

Un'ultima parola sulla reazione Sgambati.

Rispondo — e per l'ultima volta — alle osservazioni del dott. Timossi sulla mia Reazione:

1) una reazione debole, ma pur positiva, può non dar il viraggio in rosso: e questo ho ripetuto più volte;

2) la R. + debole è non eccezionale, ma frequentissima nelle celiotomie con decorso asettico: fatto riscontrato da tutti gli osservatori;

3) eccezionalmente la R. può esser debole — non assente — nelle peritoniti di scarsa virulenza, specie in quei casi che offrono poca gravità dello stato generale e prodotte da lesioni limitate o *molto alte* del canale digerente. Anche a questo ho ripetutamente accennato;

4) non esiste *vera stercoremia* senza filtrazione abbondante di materiale settico o tossico attraverso la sierosa intestinale: è vero pertanto che in questi casi la R. è evidente mentre nelle semplici stipsi ostinate è assente.

Infine mi conceda il collega Timossi di osservare che tutte le reazioni cromogene vanno interpretate con occhio esercitato, ripetutamente controllate e, se il caso lo concede, seguìte per qualche tempo onde osservare le eventuali variazioni di intensità.

Purtroppo nella diagnostica non esiste ancora una sola reazione biochimica, specialmente se cromatica, sempre evidente come un fanale rosso d'allarme per i treni in corsa: e neanche questo, qualche volta, ha evitato gli scontri!

Dott. O. SGAMBATI.

L'egregio dott. Sgambati è giustamente troppo affezionato alla R., di cui ha la paternità, perchè io possa sperare che accetti le mie conclusioni.

Tengo solo a dichiarare che queste sono il frutto di un'osservazione attenta, diligente ed obbiettiva.

Dott. GIOV. TIMOSSI.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sindrome dello spazio retroparotideo.

(B. STOOKEY. *Journal of nervous and mental diseases*, giugno 1923).

Nello spazio retroparotideo, un po' al disotto del foro lacero posteriore, sono disposti quasi a guisa di plesso gli ultimi quattro nervi cranici (IX, X, XI, XII) nonchè il simpatico cervicale superiore, e possono venir lesi contemporaneamente da processi patologici (ghiandole calcificate, tumori, flogosi) e da traumi, specialmente da proiettili. I sintomi quindi sono a carico dell'occhio, della lingua, del faringe, del laringe, dello stato vasomotorio della faccia, della frequenza del polso, dell'arto superiore.

La sindrome è da distinguere da quelle di Avellis, Schmidt, Jackson, che dipendono da lesione intracranica, nonchè da quella del forame giugulare (Vernet) nella quale non è leso il XII e il simpatico cervicale, e da quella condiloideo-lacera, nella quale è leso il XII, ma non il simpatico.

La lesione del IX si rivela, secondo Vernet, per la paralisi del costrittore superiore col conseguente rilassamento della parete dorsale del faringe, che, nel pronunciare «a» viene spinta obliquamente verso il lato sano.

La paralisi del plesso faringeo (IX e X) porta ad un rigurgito dei liquidi per paralisi del palato molle, con deviazione dell'uvula: si ha disfagia.

Per la paralisi della muscolatura laringea (X e XI) si ha raucedine, e si può avere posizione cadaverica della corda vocale.

Si possono avere sintomi a carico di tutta la distribuzione viscerale del X (tachicardia, tosse asmatica, ecc.).

La diminuzione della secrezione salivare e la secchezza della bocca dal lato della lesione dipende dalla lesione del IX, la cui branca timpanica pel plesso timpanico va al ganglio otico, e, per la branca auricolo-temporale del V, alla parotide.

La branca esterna dello spinale va allo sternocleidomastoideo e al trapezio: per la sua paralisi il braccio si eleva di meno, è rotato in dentro e più debole. La scapola appare abbassata.

Si ha inoltre diminuita sensibilità del palato, e diminuzione del riflesso faringeo, perdita del gusto sul terzo dorsale della lingua, anestesia della parete dorsale del meato uditivo esterno (nervo di Arnold).

Si osserva poi spesso una diminuzione del tono dei muscoli della faccia, che l'A. pone in rapporto con la lesione del simpatico. Infatti, secondo Agduhr (1916) i muscoli striati hanno una doppia innervazione, volontaria per le contrazioni rapide, dovute ai cosiddetti sarcostili, e simpatica pel tono e i movimenti lenti, dovuti al sarcoplasma.

Riferisce due casi di sindrome retroparotidea, dei quali uno dovuto ad una palletta di shrapnel, e l'altro ad una grossa ghiandola calcificata che venne asportata: la sindrome si manifestò subito dopo l'operazione e migliorò alquanto dopo circa un anno.

DORIA.

Sopra alcuni riflessi tonici o posturali nell'emiplegia, con speciale riguardo alle sincinesie.

(F. WALSHE. *Brain*, 1923, vol. 46°, parte 1ª).

Il tono dei muscoli è un riflesso statico (= riflesso tonico o posturale) che mantiene la posizione del corpo.

Anche la rigidità decerebrata di Sherrington è da considerare come un riflesso statico. Ogni movimento del corpo implica un riflesso tonico che ne mantenga la posizione, riflesso controllato dalla corticalità: quando questo controllo manca, come negli emiplegici, il riflesso diviene esagerato e si hanno le sincinesie. Punti di partenza dei riflessi tonici sono l'apparato ottico (retina); il labirinto (otolito); le articolazioni e i muscoli del collo e degli arti.

Sincinesie vengono provocate negli emiplegici soltanto da energiche contrazioni toniche volontarie, però anche dalla tosse, dallo sbadiglio, dagli stiramenti. Le sincinesie possono estendersi a molti muscoli. Spesso, qualunque movimento volontario provoca la medesima reazione. Il periodo di latenza delle sincinesie varia, secondo i casi, da 0.25 a 2 secondi, è dunque enormemente maggiore dei riflessi tendinei o fasici; la loro durata può essere di varî secondi, e l'arto presenta talora da ultimo un tremore di circa 6 oscillazioni al secondo, simile al clono spastico.

La rotazione della testa verso il lato affetto provoca in molti emiplegici sincinesie in flessione, la rotazione verso il lato sano sincinesie in estensione. Se anche non si producono sincinesie è sempre dimostrabile una modificazione del tono muscolare.

Simili riflessi posturali per rotazione del capo si hanno pure in animali decerebrati. Così pure negli animali decerebrati e negli emiplegici si nota una forte influenza tonica del labirinto prevalente sugli estensori se il corpo è in posizione supina.

I vari riflessi tonici vengono generalmente modificati per intèrferenza reciproca. Ad es., se un emiplegico stringe energicamente la mano sana, mentre è seduto o supino ed ha la testa rivolta dal lato affetto si ha una sincinesia dell'avambraccio in estensione, se la testa è dal lato sano, in flessione. Se invece è prono, avrà l'estensione nel primo caso, la flessione nel secondo.

Tutti questi dati confermano la teoria annunciata da Sherrington, e ripresa dall'autore, sulle sincinesie. L'A. ritiene meno attendibile la teoria di Marie e Foix che distinguono sincinesie globali (contrazione di tutti i muscoli dell'arto con prevalenza dei meno paralizzati) e sincinesie d'imitazione.

DORIA.

La resezione del simpatico ha un'influenza sulla sensibilità periferica?

(R. LERICHE. *Rev. de Chirur.*, 1922, n. 10-11).

La questione dell'influenza del simpatico sulla sensibilità periferica non è ancora risoluta. Caude Bernard l'ha posta per il primo, constatando che in seguito all'ablazione del ganglio cervicale superiore aumenta la sensibilità della parte corrispondente della faccia e che in tali condizioni, somministrando curaro in scarsa dose, detta parte della faccia resta sensibile mentre tutto il corpo, dove il g. simpatico è integro, diviene insensibile.

Il Tournay ha ripreso recentemente l'argomento ed ha osservato, che resecando bilateralmente lo sciatico e il safeno interno si produce una paralisi sensitiva-motrice dell'arto al disotto del tallone; ma non così assoluta che un bottone di fuoco sulla regione paralitica non provochi una lieve flessione e una difesa da parte dell'animale. Ciò per i filetti nervosi provenienti lungo l'aponevrosi posteriore della coscia.

In tali condizioni resecando il simpatico lombare dalla II v. lombare alla II v. sacrale l'animale torna a reagire vivacemente al bottone di fuoco.

Aggiungendo ancora la sezione delle aponevrosi posteriori della coscia la paralisi è completa e la reazione al bottone di fuoco non si verifica più in nessun caso.

Perciò il Tournay pensa, che la resezione del simpatico esalti la sensibilità del territorio periferico corrispondente.

Però al Leriche non sembra che questo fenomeno sia dovuto ad un'influenza diretta del simpatico sul sistema nervoso sensitivo periferico, ma ad una azione indiretta, alla produzione d'una vasodilatazione che, miglioran-

do la circolazione locale, mette in migliori condizioni di nutrimento e di funzione il sistema nervoso residuo.

In base agli studi del Tournay il Regard cerca spiegare il paradossale ritorno immediato della sensibilità in seguito ad una sutura nervosa.

Egli, suturando il nervo cubitale previamente reciso in seguito ad escissione di un blocco cicatriziale interposto fra i monconi e coinvolgente l'a. omerale già legata all'atto del ferimento, mediante una plastica nervosa a cerniera prelevata dal moncone periferico, vide tornare immediatamente tutte le sensibilità nel territorio del cubitale. Il miglioramento crebbe nei primi 5 giorni e poi rimase stazionario. Intanto scomparve uno stato di stasi e di distrofia ipotenarie preesistente.

Il Regard attribuisce il fenomeno alla ablazione del simpatico perinervoso e perivascolare, cagionata dalla escissione del blocco cicatriziale, la quale avrebbe permesso una supplenza da parte del mediano.

A questa interpretazione lo condurrebbe: 1° il ritorno immediato della sensibilità; 2° l'arresto brusco e definitivo del suo progresso; 3° la scomparsa dei disturbi vasomotori.

Ma il Leriche crede che in quel caso l'escissione delle cicatrici, com'è stata eseguita, non può indurre una completa distruzione del simpatico locale e che il miglioramento vasomotore ipotenare non sta a testimoniare in maniera assoluta tale distruzione, poichè può seguire alla ablazione di qualunque neuroma.

Tuttavia giudica il fenomeno osservato dal Regard riferibile a un fatto di supplenza da parte del mediano che, come Letièvant ha osservato ancora di recente, può raggiungere un grado imperfetto e lentamente. Però si tratterebbe di una supplenza istantanea dopo l'intervento, già osservata in altri casi, che nelle condizioni scientifiche attuali non è esplicabile.

Queste pubblicazioni hanno fatto riprendere all'A. lo studio dei suoi numerosi operati di simpaticectomia periarteriosa per vedere se vi fossero state modificazioni della sensibilità periferica.

L'A. in generale non ha osservato dette modificazioni e fermandosi per maggiore sicurezza a 9 casi in cui la simpaticectomia era stata eseguita con la resezione dell'a. obliterata o in via di obliterazione, nemmeno in essi ha osservato ordinariamente modificazione della zona d'anestesia esistente; mentre vi è stata un'evidente miglioria sulla motilità volontaria.

Soltanto nel seguente caso ha rilevato miglioramento della sensibilità in seguito a simpaticectomia periferica:

Si tratta di un ferito di a. d. f. che subì immediatamente dopo il ferimento la sutura del plesso brachiale sinistro.

Residuò paralisi parziale dei muscoli estensori e flessori del polso, degli ipotenari e degli interossei; paralisi totale contratta dei muscoli tenari; ipoestesia dell'avambraccio e della mano e anestesia completa della regione dorsale esterna della mano. Polso alla radiale impercettibile. Arto freddo.

Dopo circa un anno l'A. interviene. Scopre per 12 cm. l'arteria omerale ridotta a un sottile e indurito canale non pulsante e contenente sangue nerastro. La reseca tra due legature.

Migliorano rapidamente le condizioni di circolazione, di sensibilità (così che questa ritorna in tutto il territorio del cubitale e in tutte le dita) e di paralisi motoria (in quanto le dita cambiano di posizione e l'avambraccio compie più liberamente i movimenti sul braccio).

Sicchè in questo caso è stato evidente il benefico effetto e duraturo, della resezione del simpatico periferico sulla sensibilità.

L'A. espone questa constatazione senza commenti, conscio della complessità del problema e dell'incostanza del fenomeno.

D'altra parte in questi casi si tratta di resezione del simpatico periferico e non del centrale come nelle esperienze del Tournay.

Però l'A. non crede che il miglioramento della sensibilità paretica o paralitica sia dovuto a un rinforzamento diretto prodotto dalla simpaticectomia o ad uno stato dinamogeno, come dice Regard; gli sembra invece da attribuirsi alla vasodilatazione e alla congestione consecutiva alla simpaticectomia, che migliorarono le condizioni nutritizie e funzionali dei corpuscoli del tatto.

Sicchè un'influenza della simpaticectomia sulla sensibilità può osservarsi, però l'interpretazione del meccanismo rimane ancora oscura. S. GUSSIO.

La distribuzione radicolare dei disturbi sensitivi consecutivi a lesioni corticali.

(A. SARNO. *Revista méd. del Uruguay*, dicembre 1922).

Le osservazioni di disturbi della sensibilità, consecutivi a lesioni della corteccia cerebrale a disposizione pseudoradicolare, erano considerate fino a poco tempo fa come rarità cliniche; dopo la guerra i fatti si sono moltiplicati. Nel caso dell'A. tali disturbi coincidevano con una sindrome di Bravais-Jackson.

Un infermo, luetico non curato, è colpito a 29 a. da emiplegia d. senza perdita della co-

scienza, con tremori e convulsioni degli arti di d. e del viso, senza afasia. Uscì dopo sei mesi di cura dall'Ospedale migliorato; d'allora andò incontro ad attacchi di epilessia, che iniziavano al piede destro, si estendevano all'arto inferiore d., poi al superiore d. e al viso. Gli attacchi negli ultimi mesi diminuirono di frequenza.

All'esame obiettivo si ritrovano i riflessi tendinei della metà d. del corpo notevolmente esaltati con clono del piede e della rotula, con segno di Babinski e di Mendel-Betcherew; vivaci riflessi cutanei, diminuzione della forza a d.; non atassia, flessione combinata del tronco e arti.

All'esame della sensibilità: ipoestesia nella metà d. del corpo; ipoestesia nell'arto inferiore comprendente il territorio della seconda radice lombare, della prima sacrale anteriormente e posteriormente la seconda, terza radice lombare e la prima sacrale.

La prima osservazione nella quale si ritrovi menzione di lesione cerebrale con zone anestesiche a tipo radicolare, fu fatta da Madden nel 1893; la seconda da Klien nel 1904, poi vi sono osservazioni del Bonhöffer, del Sandberg, del Mills e Weisenburg: in tutti questi casi si trattava di disturbi della sensibilità a carico dell'arto superiore. Nelle osservazioni del Goldstein e Calligaris l'anestesia radicolare riguarda gli arti inferiori.

Nella guerra le osservazioni si moltiplicano e Pierre Marie nel 1916 afferma che quando la ferita interessa la scissura rolandica o sopra la circonvoluzione parietale ascendente, quasi costante è l'esistenza di disturbi sensitivi a topografia radicolare o pseudo radicolare.

Esistono dunque disturbi sensitivi con disposizione radicolare nel corso delle affezioni dell'encefalo. Con Lhermitte possiamo ammettere le seguenti ipotesi:

1) la esistenza in condizioni fisiologiche di differenze nella sensibilità nelle diverse regioni cutanee;

2) l'associazione di una manifestazione funzionale alla lesione cerebrale;

3) l'associazione di una lesione midollare o radicolare alla lesione cerebrale.

Tali ipotesi vanno molto soggette a critica: in più possiamo domandarci: esiste nei centri corticali sensitivi una sistemazione radicolare? Si ripete nella corteccia cerebrale la speciale distribuzione delle fibre in bande radicolari, come si verifica nei differenti piani della midolla spinale?

Affinchè una anestesia a disposizione radicolare si produca in seguito ad una lesione cerebrale, occorre, come nei casi descritti, un focolaio di lesione a livello della parte terminale della via sensitiva: cioè si può localizzare la lesione della corteccia o negli strati immediatamente adiacenti. Le fibre sensitive e motorie si frammischiano di tal maniera che è molto difficile riconoscere una sistematizzazione precisa nella corona radiata: il contrario si ha per la corteccia cerebrale, ond'è che senza andar troppo lungi nelle ipotesi, si può con Lhermitte pensare che i territori cutanei radicolari si proiettano sulla corteccia come si proiettano nella midolla spinale.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. S. SILVESTRI. *Le Nefropatie secondo le moderne vedute.* Un volume in 8° di pagine VIII-168. (N. 3 delle *Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità;* collezione del «Policlinico»). Casa Editrice Luigi Pozzi. Roma, 1923. — Prezzo L. 16.

Il dott. Silvestri riassume in questa monografia, modesta per mole, ma densa e succosa per il contenuto, le moderne conoscenze sulle malattie renali. Sicuramente il libro incontrerà largo favore tra i medici per la chiarezza dell'esposizione e per la serena obbiettività, particolarmente necessaria nell'esposizione di un capitolo di patologia che, nonostante i recenti importanti progressi, potrà soltanto nell'avvenire avere una sistemazione definitiva. Indiscutibile merito del Silvestri è quello di avere raccolto ed ordinato in una lucida sintesi quanto è necessario al medico pratico per avere un'idea chiara dello stato attuale delle malattie renali. Il libro sarà utile anche per quelli che sono al corrente con i moderni studi sulle nefropatie, perchè vedranno in esso riunite e vagliate, al lume di una serena critica, quelle nozioni che essi hanno dovuto faticosamente cercare qua e là in monografie e riviste in parte straniere.

Nei primi capitoli l'A. riassume le nozioni più importanti riguardanti l'anatomia e la fisiologia dei reni; segue la classificazione delle nefropatie ed in questo capitolo l'A. spiega chiaramente come si sia a poco a poco pervenuti alla distinzione, ormai generalmente accettata, delle alterazioni renali a tipo prevalentemente degenerativo, da quelle a tipo prevalentemente flogistico. Particolarmente interessante è il capitolo intorno alla esplorazione funzionale del rene: in esso il Silvestri, facendo tesoro dei resultati della sua esperienza personale e facendo dei detti metodi una esposizione completa, mette nel giusto rilievo quel-

li di significato più sicuro e probativo (prova della diluizione, della concentrazione, dosaggio dell'urea nel sangue, prova della cloruria alimentare).

Nella parte clinica delle nefropatie è da apprezzare il capitolo riguardante l'uremia, che è trattato secondo le più moderne vedute, sia dal punto di vista patogenetico, sia dal punto di vista semeiologico. L'A. nell'ultima parte del suo lavoro fa una esposizione schematica, ma altrettanto chiara e precisa, dei sintomi clinici e delle alterazioni funzionali che si riferiscono ai vari tipi di nefropatie ed espone anche i concetti più moderni intorno alla cura (specie per quel che riguarda il trattamento dietetico).

Concludendo si può con fondamento affermare che il libro del Silvestri risponde bene allo scopo per cui fu scritto, cioè di diffondere anche tra i più modesti medici pratici quelle utili nozioni sulle nefropatie, che fino a poco tempo fa erano patrimonio di una cerchia ristretta di medici. AGENORE ZERI.

SCHOTTMÜLLER HUGO. *Leitfaden für die Klinisch-bakteriologischen Kulturmethoden.* Urban e Schwarzenberg edit. Berlino e Vienna, 1923.

Non vi è chi non riconosca l'importanza delle ricerche di bacteriologia nelle malattie infettive e come queste debbano essere compiute al letto del malato perchè lo studio clinico di esse sia completo e perchè nel modo migliore possano essere attuati tutti i mezzi anche più moderni di terapia. Il compendio del Schottmüller trattando esclusivamente dei metodi di cultura applicati allo studio delle malattie infettive e al letto del malato costituisce una guida preziosa per il medico che vuole all'esame clinico aggiungere la necessaria ricerca di laboratorio. In un primo capitolo l'A. tratta delle ricerche bacteriologiche sul sangue; nel secondo delle indagini bacteriologiche su i secreti ed escreti e sui vari organi, indicando per ogni ricerca la tecnica ed i mezzi di cultura più atti allo scopo prefisso. La particolare competenza dell'A. rende tale compendio di non comune pregio. TR.

M. KLOPSTOCK e A. KOWARSKY. *Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.* — Un vol. rilegato in-16°, di 559 pag., con 46 fig. nel testo e 24 tavole colorate. — Urban e Schwarzenberg editori. Berlino e Vienna, 1923. Prezzo fr. svizzeri 12.

Il libro è già favorevolmente noto per la chiarezza, la precisione non disgiunte dalla concisione con cui è stato redatto, sicchè ha avuto buona accoglienza nell'ambiente medico, dimostrata dall'aver raggiunto la VII edizione. Vi si trovano descritti i metodi di ricerca dello sputo, delle feci, delle urine, del sangue, del contenuto gastrico, dei liquidi estratti con puntura; a parte sono trattate le ricerche batteriologiche sui secreti della bocca, della faringe, del naso, della congiuntiva, della cute, nonchè i principali metodi di studio dei batterii. Il libro è bene aggiornato e vi si trovano le tecniche per la ricerca della bilirubina nel sangue, la reazione del mastice, la determinazione della velocità di sedimentazione delle emazie, ed altre che si sono recentemente affermate. *fil.*

LIEBESNY P. *Einführung in die physiologisch-klinische Methodik.* In 16°, pag. 224. Urban & Schwarzenberg, 1923.

Non è un testo, nè un manuale completo, nè potrebbe esserlo data la piccola mole. È invece uno di quei libri utili, che i tedeschi prediligono e chiamano « Praktikum ». È una guida semplice, chiara, precisa di alcuni metodi di indagine clinica o di laboratorio, specialmente di quelli che hanno fondamenti di fisica (ottica, elettricità): e per questi ultimi l'A. fa un'ottima esposizione dei principî teorici, su cui sono basati, la quale è davvero la parte più interessante ed istruttiva di questo utile libro. *g. sabatini.*

ALFREDO BACCELLI. *Mio padre.* — Roma, Carra, edit., 1923.

Di Guido Baccelli in questo breve volume pubblica note biografiche il figlio Alfredo. Ed egli ama rappresentare il padre non per le sue grandi qualità di clinico, nè per le eminenti opere di uomo politico, ma quale era nella vita famigliare, senza toga e senza coturno. La rievocazione è veramente felice.

Il figlio amoroso sa soffocare il senso di soddisfazione nell'esaltare i meriti del padre, per rappresentarsene la figura quale a lui appariva ogni giorno, in una serie di aneddoti caratteristici bene cólti e bene scritti. I lati della poliedrica attitudine psichica, le multiformi espressioni di una vita intensamente vissuta fra grandi cose, ricevono luce simpaticamente colorita traverso lievi incidenti, minute circostanze, impressioni vive. E questa vita d'ogni giorno è narrata in una forma scorrevole e talvolta brillante che incatena il lettore.

Per i molti che hanno conosciuto Guido Baccelli questo volume produce godimento sentimentale; chè rivedono viva e parlante nella sua epica semplicità la maschia figura del Maestro che nell'intimo del cuore nutriva la più ingenua bontà. V. ASCOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Contributo alla diagnosi differenziale delle coliche addominali.

È difficile, osserva Eschbaum (*Med. Klinik*, n. 37, 1923), una localizzazione esatta dei dolori addominali, perchè nella corteccia cerebrale non esistono dei campi di proiezione separati per i singoli organi interni e perchè i dolori anzichè all'organo malato si irradiano in altri punti dove vengono primitivamente percepiti. Affezioni dei polmoni e della pleura spesso determinano coliche addominali (peritonismo) ed inducono ad erronee operazioni per appendicite. Dolori gastrici, accompagnati da iperacidità e da vomito dovrebbero far pensare ad una tabe dorsale, anche quando mancano i sintomi cardinali di tale malattia. In altri casi le coliche addominali possono rappresentare il primo sintomo di una mielite da compressione. È riferito un caso di tal genere.

Donna di 40 anni, che dopo esser stata operata al collo per tumefazioni glandolari cominciò a soffrire di coliche violenti accompagnate da nausea senza vomito nè ittero. Da tre anni soffriva di dolori intensi al dorso, che si irradiavano alla gamba sinistra e che da un anno si erano fatti più frequenti e dall'ipocondrio destro si irradiavano alla scapola dello stesso lato. L'esame obbiettivo dimostrò una dolorabilità della regione della cistifellea e della regione del rene destro. L'urina era normale come pure la funzione gastrica, vescicale e rettale. L'esame radiologico negativo. I dolori erano più intensi in posizione seduta ed erano intensificati dalla tosse e dallo sternuto. Negativa la radiografia della colonna vertebrale. Questo quadro clinico oscuro si modificò dopo due settimane allorchè comparvero una paresi vescicale e dello sfintere anale, e dopo pochi giorni una paralisi spastica improvvisa degli arti inferiori, con Babinsky accentuato. Forte dolore alla pressione della 6ª-7ª vertebra dorsale.

Anestesia tattile e dolorifica degli arti inferiori e dell'addome fino all'ombelico. Morta l'ammalata con decubito, grave cistite e sepsi quattro settimane dopo tale paralisi, l'autopsia dimostrò una osteite tubercolare caseosa della sesta e settima vertebra dorsale, con notevole tumefazione delle meningi, e forte compressione del midollo.

POLLITZER.

CASISTICA.

Le febbri sifilitiche.

Favre e Contamin (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 maggio 1923) fanno un'ampia descrizione delle febbri sifilitiche, che possono essere *concomitanti* o *essenziali*. Le prime accompagnano manifestazioni evidenti della sifilide, le seconde si verificano senza che coesista alcun'altra manifestazione clinicamente apprezzabile.

Le reazioni febbrili concomitanti possono aversi in tutti gli stadi della sifilide: nel periodo dell'ulcera e delle lesioni secondarie ed anche nelle lesioni viscerali terziarie.

La febbre concomitante della lesione primaria, dell'ulcera, è rara. Si ha quando, specie nelle ulcere boccali o tonsillari, alla sifilitica si aggiunge una infezione secondaria. Tuttavia sono stati registrati casi di febbre determinata unicamente dalla inoculazione del treponema. Si tratta in ogni caso di una reazione termica di non lunga durata: è più facile nella donna che nell'uomo.

La febbre concomitante delle lesioni secondarie o febbre di eruzione di Fournier è invece piuttosto la regola che la eccezione. In genere si tratta di una ipertermia leggera non accompagnata dalle solite reazioni funzionali della febbre. Solo nelle forme anormali della sifilide secondaria si smaschera con tutti i caratteri essenziali, raggiunge temperature elevate e diviene persistente. Così la febbre è costante, o quasi, nelle forme esantematiche generalizzate con papule confluenti, nelle forme pustulose vaiuoliformi, pustulo-ulcerose, mutilanti. In queste forme talvolta lo stato del malato ed il tipo della febbre possono assumere un carattere tifoso.

La febbre tardiva o terziaria accompagna di solito la sifilide encefalo-meningea, epatosplenica, renale, gangliare, osteo-articolare, testicolare, ecc. In tali casi la febbre può essere elevata e persistente, oppure assumere aspetto di febbricola, di movimenti termici inesplicabili e che cedono al trattamento specifico.

La febbre sifilitica essenziale, ossia quella non accompagnata da altre manifestazioni, è men rara di quel che generalmente si crede. Fournier ne ha distinti varî tipi: un tipo intermittente, simile alla febbre malarica; una ipertermia continua intorno a 39° durante parecchi giorni ed anche parecchie settimane; un tipo irregolarissimo che sfugge a qualsiasi

classificazione. Il carattere essenziale di queste febbri si è che non sono affatto influenzate da qualsiasi antitemico, e sono invece sensibili al mercurio, e più ancora agli arsenobenzoli.

d.

L'artrite sifilitica.

Vanlaude (*Revue Médicale de la Franche Comté,* febbraio 1923) dà alcune notizie pratiche per il riconoscimento della sifilide articolare. Questa può assumere varii aspetti; ma la sola forma clinicamente frequente è l'idrartrosi. Le localizzazioni articolari della sifilide si verificano in tutti i periodi dell'infezione: le artralgie del periodo secondario sono benigne e fugaci, mentre le artropatie del periodo terziario sono più gravi ed anche poco frequenti. Lo pseudo-tumore bianco sifilitico, con gomma dell'epifisi, la cui superficie si ulcera, e con la perisinovite, che ostruisce la sinovia con masse dure, è piuttosto rara. È sempre vero il vecchio aforisma: la tubercolosi è epifisaria, la sifilide è diafisaria.

Un'osteo-artrite non si deve diagnosticare come sifilitica per il solo fatto che si presenta in un individuo luetico: i casi di lesioni tubercolari delle articolazioni in luetici sono tutt'altro che rari. Quel che importa ricordare si è che nel periodo terziario si può avere una forma di artrite sifilitica che si estrinseca clinicamente con l'idrartrosi. E ciò senza dimenticare che vi sono forme articolari del periodo secondario che hanno un decorso acuto o subacuto, tanto che ad esse è stato dato il nome di pseudo-reumatismo articolare.

L'idrartrosi specifica si manifesta per lo più al principio del periodo terziario, al periodo secondario-terziario, e può anche rappresentare una manifestazione della sifilide ereditaria ignorata.

L'affezione colpisce per lo più ambedue i ginocchi, quantunque in vario grado: questo della bilateralità è un carattere differenziale importante. Altri segni sono: la conservazione della funzionalità, l'indolenza relativa, l'ispessimento della sinovia e l'assenza di fungosità.

La diagnosi di certezza sarà data dall'anamnesi, dalla esistenza di stimmate luetiche, dal risultato della reazione di Wassermann.

Il trattamento specifico fà regredire il processo, ma lentamente. *d.*

La sifilide epatica precoce o secondaria.

Classica, chiara e talvolta unica manifestazione della sifilide epatica secondaria è l'ittero, che può essere benigno, di media gravità o grave. La sua frequenza varia secondo gli autori dal 3 al 14 per 1000; varia è l'epoca di insorgenza da 5 settimane a 10 mesi dal sifiloma iniziale; sembra più frequente nelle femmine. Non tutti gli itteri che si manifestano nel periodo secondario sono da ritenersi sifilitici; tali si debbono giudicare quando vi sia concomitanza di manifestazioni di sifilide secondaria, mancanti o poco notevoli nelle forme benigne i fenomeni gastrici, stato di depressione piuttosto grave, breve durata dell'ittero (1-2 settimane) e sua scomparsa con la cura jodo-mercuriale. L'*ittero benigno* compare di solito in modo rapido, dalla sera alla mattina, talvolta preceduto da stitichezza, diarrea, nausee, vomito, spesso si nota una recidiva dell'esantema. Il fegato è ingrandito, talora dolente, la consistenza è un po' maggiore del normale, la superficie regolare. Si può avere aumento di volume della milza, albuminuria; la febbre è eccezionale, manca il prurito, rara è la bradicardia. La prognosi in generale è buona, salvo per i tipi che passano alla forma grave; la terapia consiste nell'uso degli jodo-mercuriali e degli arseno-benzoli. (G. Natali. *Rivista di clin. medica,* 1923, n. 18 e 19).

Nella *forma di media gravità,* si ha un'accentuazione dei sintomi; le manifestazioni sifilitiche sono più gravi, elevata la febbre, l'aumento del fegato è maggiore, più rilevante l'albuminuria, più accentuato l'ittero, imponenti i disturbi gastro-intestinali, grave l'adinamia; talvolta si ha il quadro della calcolosi epatica. La prognosi di solito è buona, salvo per i casi che vanno incontro alla atrofia gialla acuta.

Nella *forma grave,* oltre all'accentuazione dell'ittero, si hanno fenomeni nervosi gravi ed emorragie. I primi possono consistere in cefalea, agitazione, delirio, oppure depressione, stupore, sonnolenza ed il quadro di un tifoso. Costanti sono le emorragie nasali, gastro-intestinali, cutanee. Il volume del fegato è vario, quello della milza è sempre aumentato. Le funzioni digestive sono sempre molto compromesse; il polso è aritmico e fiacco, la respirazione frequente ed irregolare; si può avere ipo- od ipertemia; le urine sono scarse e ricche di albumina, con scarsissima urea (anche al di sotto di un grammo nelle 24 ore). Il decorso è più o meno rapido e l'esito è la morte salvo qualche caso eccezionale. *fil.*

La stenosi sifilitica del retto.

È innegabile che ogni lesione profonda delle tuniche rettali può provocare, cicatrizzandosi, una stenosi rettale; questa però nei casi non sifilitici si produce dopo un periodo più o me-

no lungo in cui il malato ha avuto dei sintomi di retto-sigmoidite, scariche numerose, muco-sanguinolente, tenesmo, disturbi digestivi varii. Nulla di questo si osserva nella stenosi sifilitica, in cui i malati hanno per molto tempo solo dei disturbi da defecazione, come costipazione rettale, sensazione di ripienezza rettale, feci a nastro, senza nè muco nè pus. Il carattere anatomico della stenosi sifilitica è particolare; si osservano spesso dei condilomi anali, talora ulcerati sicchè fanno l'impressione di ulcerazioni specifiche. All'esplorazione rettale si sentono nella mucosa delle nodosità di consistenza elastica, di forma arrotondata od allungata come un cercine, con intervalli di mucosa sana. Seguendo tali nodosità, si arriva alla stenosi che è arrotondata, regolare. *Nodosità e stenosi sono mobilizzabili sul periretto ed in tutti i sensi.* Con il rettoscopio, si vede la stenosi ad imbuto, spesso a forma di un tubo ristretto, allungato, lungo 3-4 cm. ricoperto da mucosa biancastra, non ulcerata; se vi è del pus, questo viene dall'alto, da una mucosa rossa congestionata, escoriata.

La stenosi può prodursi in tutti i periodi della sifilide; si può ritenere che essa nasca e si sviluppi sul posto; di fatto le osservazioni di G. Friedel (*Paris médical*, 28 aprile 1923) si riferiscono a dei pederasti passivi in cui si poteva escludere l'origine gonorroica.

Dal punto di vista terapeutico, in presenza di un individuo con stenosi rettale, che confessi la sifilide, o con Wassermann positiva, si procederà al trattamento specifico. Se questo non dà risultati, si tratteranno le complicazioni mediante medicazioni endorettocoliche; l'intervento chirurgico è consigliabile poichè non ha le controindicazioni dei casi tubercolari in cui sono da temere delle recidive. *fil.*

TERAPIA.

Cura delle dispepsie.

Nei disturbi derivanti da ipercinesie gastriche i rimedii più indicati sono i sali di bismuto e la belladonna: buoni succedanei sono la creta preparata, il caolino, il fosfato di soda. Nelle stipsi dipendenti da questa forma è da preferirsi come lassativo la magnesia.

Tra i sali di bismuto il sottonitrato agisce meglio del carbonato, perchè essendo leggermente acido provoca una secrezione mucosa che ricopre la parete gastrica e riesce così calmante e combatte la stipsi.

La formula di prescrizione è la seguente:

Sottonitrato di bismuto . . . mezzo grammo
Polvere di belladonna . . . mezzo milligr.
in una cartina.

Si prende una cartina al massimo un'ora avanti il primo pasto e si ripete per 15 giorni.

Quando i disturbi sono molto gravi si può raddoppiare ed anche triplicare la dose.

Quando la stipsi è molto accentuata si può prescrivere un cucchiaino o due al giorno della seguente polvere:

Magnesia calcinata . . . . . gr. 60
Sottonitrato di bismuto
Zucchero in polvere . . . . anagr. 20

Dopo una quindicina di giorni la quantità di bismuto può ridursi.

Contro gli accessi di fame, tanto frequenti in questi malati, è indicata la creta preparata insieme a fosfato di soda:

Creta preparata . . . . gr. 45
Fosfato di soda . . . . » 5

un cucchiaino tre ore dopo il pasto o quando compare la sensazione di fame.

A tali cure farmaceutiche bisogna aggiungere il riposo intellettuale, viaggi, doccie quotidiane a 37°, tranquillità emotiva.

Nelle forme atoniche il rimedio eroico è il bicarbonato di soda. Questo produce un certo sollievo anche nei disturbi da ipercinesia gastrica, ma si tratta di una calma apparente e fugace, che si sconta con la persistenza dell'affezione.

La formula classica è la seguente:

Bicarbonato di soda . . . . gr. 4
Solfato di soda
Fosfato di soda . . . . anagr. 2
per una cartina.

Ogni cartina si scioglie in un litro d'acqua e di questa soluzione si beve un bicchiere da 150 gr., uno al mattino e l'altro alla sera al momento d'andare al letto.

Si possono somministrare anche le seguenti cartine, una dopo ogni pasto:

Bicarbonato di soda . . . . . cgr. 25
Creta preparata . . . . » 30

Contro la stipsi derivante dall'atonia gastrica si usa la seguente formula:

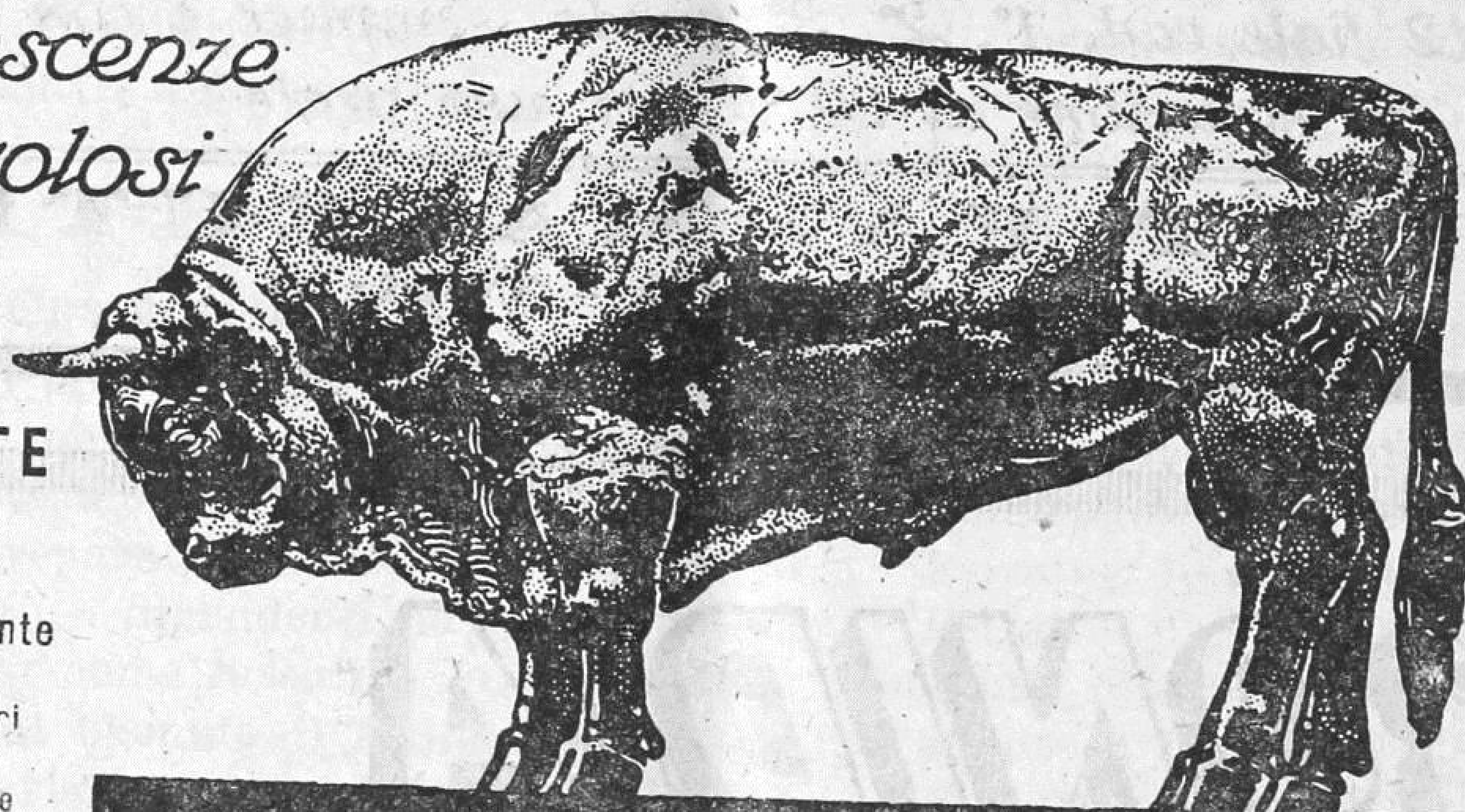
Aloe polverato . . . . . cgr. 8
Polvere di radice di turbit
Gommagotta . . . . . . anacgr. 2
Estratto di giusquiamo
Estratto di belladonna . . anamilligr. 5

per una pillola; una o due pillole al momento d'andare a letto.

Nei casi nei quali lo stomaco è alternativamente eccitato o atonico conviene dare il bicarbonato di soda a piccole dosi e per pochi giorni, con la formula:

Bicarbonato di soda . . . . cgr. 10
Creta preparata . . . . » 30
Polvere di belladonna . . . . milligr. 5

d.



Cura della stipsi dei lattanti.

La stipsi dei lattanti dipende da cause differenti: insufficienza d'alimentazione, scarso valore nutritivo del latte, inerzia intestinale. Nell'allattamento artificiale la stipsi è quasi costante. Per prevenirla si usa aggiungere al latte decozione d'orzo o di farina di avena, oppure un cucchiaino di miele. Per provocare la defecazione d'altra parte si adopera la introduzione nel retto di un piccolo suppositorio di burro di cacao, o una pompetta, con cannello di caoutchou, di un mezzo bicchiere di decotto di altea con un cucchiaino di glicerina.

Variot consiglia nei bambini nutriti con latte bollito l'aggiunta di citrato di soda. Ogni poppata di 90 grammi deve essere costituita di 60 gr. di latte e 30 gr. della seguente soluzione:

Citrato di soda, gr. 10.
Zucchero, gr. 150.
Acqua, gr. 1000.

Come lassativi sono consigliabili anche lo sciroppo di cicoria o di rabarbaro composto, nella quantità di un cucchiaino ogni ora; la magnesia calcinata, un cucchiaino di magnesia e zucchero a parti uguali in due cucchiai di latte; la manna, un cucchiaino di soluzione di 15 gr. di manna in 60 di acqua prima di ogni poppata; lo sciroppo di fiore di pesco, uno o due cucchiaini al giorno; l'olio di paraffina, un cucchiaino a digiuno.

L'olio di ricino si prescrive solo quando la stipsi è forte:

Olio di ricino, gr. 10.
Olio di mandorle dolci, gr. 20.
Da uno a tre cucchiaini.
Oppure:
Olio di ricino, gr. 3.
Sciroppo di gomma.
Acqua di menta, anagr. 15.
Da prendersi a digiuno.

Al calomelano si deve ricorrere eccezionalmente, perchè è un lassativo pericoloso, e provoca spesso crisi dissenteriformi. In ogni caso non si deve superare la dose di 5-10 cgr.

d.

Le prescrizioni irrazionali del bicarbonato di sodio.

Il bicarbonato di sodio è una delle sostanze che più spesso viene prescritta talora in unione affatto irrazionale con altre sostanze. Tra le formole usate ed irrazionali R. Ricciardelli cita le seguenti (*Boll. Chimico Farmaceutico*, 15 ottobre 1923): L'unione con la salipirina determina la fluidificazione della miscela; l'aspirina, somministrata con il bicarbonato di sodio, si decompone già nello stomaco, mentre da sola si decompone solo nell'intestino. La miscela seguente: Borato di sodio, Bicarbonato di sodio ana g. 5; Glicerina g. 20; Acqua distillata g. 500 è irrazionale, poichè il borace in presenza della glicerina decompone il bicarbonato di sodio. Assai frequente è la prescrizione del decotto di china con bicarbonato di sodio, il quale però rende alcalino il liquido e precipita gli alcaloidi della china. Anche nelle emulsioni, specialmente se oleose, la presenza del bicarbonato di sodio è irrazionale, come p. es. nella prescrizione seguente: Emulsione gommosa g. 50; Olio di mandorle g. 30; Bicarbonato di sodio g. 2; Benzoato di sodio g. 1; Acqua di anice e Sciroppo di cedro ana g. 25; il bicarbonato di sodio, a contatto con l'emulsione oleosa viene ad essere saponificato, inoltre la acidità dello sciroppo di cedro determina la separazione dell'acido benzoico dal benzoato di sodio.

Pure molto usata è la prescrizione di bicarbonato di sodio con magnesia idrata o con ossido di magnesio, in forma di cartine che si fanno sciogliere in acqua calda. Ora, il bicarbonato di sodio in presenza di idrato di magnesio si trasforma in carbonato di magnesio ed in carbonato sodico, che è caustico; peggio ancora in presenza di ossido di magnesio, chè allora si ha formazione di carbonato di magnesio ed idrato di sodio, sicchè nello stomaco del malato arriva della soda caustica.

Irrazionale è anche l'unione del bicarbonato di sodio con il calomelano, per cui si ha formazione di ossido mercuroso, e con la diuretina la quale si decompone in salicilato di sodio e teobromina. Sono pure incompatibili le prescrizioni di bicarbonato di sodio con acido tannico, acqua di lauroceraso ed apomorfina.

fil.

Il trattamento della tricomoniasi intestinale.

Il *Trichomonas intestinalis* è per lo più un parassita innocuo, ma può in qualche caso essere assai temibile e specialmente nelle regioni tropicali fa molte vittime che arrivano secondo E. Escomel (*La Medicina Ibera*, 25 giugno 1923) al 90 % dei casi. L'A. ha trovato molto utile per la cura l'essenza di trementina e consiglia il metodo seguente. Nei primi tre giorni, l'ammalato prenderà ogni due ore un cucchiaio della seguente mistura: Essenza di trementina g. 2-4; Elixir paregorico g. 6-12; mucillagine di gomma g. 150. Come alimenti si daranno solo gli idrati di carbonio (minestre o pappe di avena, come bevanda la decozione di riso). Al mattino ed alla sera si farà un clistere evacuante con un litro di decozione di eucaliptus o di ratania, che si farà

emettere subito. Si darà poi un secondo clistere di quattro cucchiai di acqua bollita, X-XX gocce di laudano, un tuorlo d'uovo sbattuto e XX-XXX gocce di essenza di trementina; il tutto da trattenersi se possibile per dodici ore. Si prescriverà il riposo e le applicazioni calde al ventre. Questa cura è efficace nel 90 % dei casi. Vi sono però delle razze di *Trichomonas* ribelli ed allora si farà ogni sera il clistere evacuante, facendolo seguire da un altro fatto con un litro di acqua in cui si fa sciogliere un grammo di jodio, seguìto eventualmente da un terzo clistere di quattro cucchiai di acqua bollita con un cucchiaio di amido in polvere e dieci gocce di laudano; il clistere jodato va introdotto assai lentamente, tenendo l'infermo sul lato sinistro.

fil.

Come si deve fare un clistere.

Si usa di solito distinguere i clisteri in alti e bassi, intendendo per i primi quelli fatti inserendo il tubo per 8-16 cm., per alti quelli con il tubo introdotto per 15-30 cm. Le osservazioni dei radiologi hanno dimostrato che tali indicazioni sono erronee; quando si introduce il tubo per una ventina di cm., si provoca una contrazione muscolare del colon sicchè il liquido non può oltrepassare il sigma; ritirando invece il tubo, cessa la contrazione e si può ottenere lo scopo; così pure inalzando il recipiente a m. 1.20, si provoca uno spasmo rettale ed il paziente sente subito il bisogno di defecare. Il metodo consigliato da S. W. Ellsworth e F. E. Wheatley (*Boston med. and surg. Jour.*, 1923, pag. 589) è il seguente: mettere il paziente in posizione prona, introdurre il tubo sino ad oltrepassare appena lo sfintere interno, circa 7-8 cm.; tenere il recipiente ad un'altezza di una ventina di cm. al massimo; il liquido deve essere riscaldato alla temperatura del corpo. Quando il paziente avverte una sensazione sgradevole, arrestare il deflusso del liquido fino a che la sensazione sia passata. In media in un adulto si può introdurre circa litri 2,300; talvolta dopo il primo litro esso avverte il bisogno di defecare; arrestarsi allora per cinque minuti, dopo di che, passato lo spasmo, si può introdurre il resto. Agendo in tal modo, si può bene ottenere lo scopo anche in individui, che dicono di non poter tollerare nemmeno un bicchiere di liquido, ciò che rappresenta un grande vantaggio, sia per scopi terapeutici, sia a scopi diagnostici con l'uso di clisteri opachi per la radioscopia.

fil.

EPIDEMIOLOGIA.

Culmine primaverile di morbosità per meningite tubercolare.

Il Cozzolino nel fasc. 7 de *La Clinica Pediatrica*, torna sull'argomento del così detto culmine primaverile della morbosità per meningite tubercolare nei bambini, già segnalato da molti osservatori. In base alla sua statistica personale l'A. conclude che, dopo una prima punta ascensionale in febbraio, si ha, è vero, un culmine primaverile; ma ad esso segue subito un secondo culmine estivo, egualmente forte, per poi regredire rapidamente in settembre.

L'aumento di morbosità primaverile ed estiva coincide con la maggiore frequenza che si ha in questa stagione delle infezioni tubercolari in genere ed anche di molte altre malattie infettive, come morbillo, pertosse, infezioni grippali, broncopolmoniti, angine, enterocoliti. Queste malattie certamente riducono i poteri difensivi dei bambini e rendono più facile e l'attecchimento e la diffusione del bacillo tubercolare nel piccolo organismo.

PERSIA.

VARIA.

Il sale di Glaubero.

La storia della scienza ci offre numerosi esempi di scoperte ascrivibili al caso: è così che una colazione campestre offrì a Glaubero l'occasione di scoprire il sale a cui è rimasto legato il suo nome.

Johann Rudolf Glauber, nato a Karlstadt nel 1604, è una delle figure più interessanti della sua epoca: personifica la transizione dagli alchimisti del Medio Evo ai chimici dei tempi moderni. Come Paracelso, di cui si mostra fervente ammiratore, è partigiano delle operazioni e delle teorie più bizzarre dell'alchimia e professa una fede a tutta prova negli arcani meravigliosi: la pietra filosofale che deve tramutare i metalli, la panacea universale che deve guarire tutti i mali e prolungare indefinitamente la vita; non dubita che i metalli possano essere portati a maturità per l'azione simultanea del sole e del sale terrestre, alla cui cooperazione è dovuto anche lo sviluppo del seme in albero e l'accrescimento degli animali.... Si possono perdonare a Glaubero queste incursioni nel dominio dell'ermeneutica, ove si considerino i progressi che il suo genio fece realizzare alla chimica, ancora allo stato

d'infanzia: spezzando le tradizioni puramente metafisiche legategli dai predecessori, egli inaugurò una vera scienza basata sui dati dell'esperimento e del ragionamento.

È così che egli fece conoscere il solfato e il nitrato di potassio, i cloruri d'antimonio, d'arsenico, di stagno e di zinco; gli si deve la prima descrizione del precipitato rosso di Cassio, del camaleonte minerale, del tartaro stibiato. Egli intravide l'esistenza del cloro, poichè dice che per distillazione dello spirito di sale sulle calci metalliche si ottiene uno spirito color di fuoco — olio o spirito di sale rettificato — capace di intaccare i metalli e la maggior parte dei minerali; indicò parecchi procedimenti per fabbricare il nitro in grande; dimostrò che si può eterificare l'alcool sottoponendolo all'azione dell'acido muriatico (più tardi s'impiegò l'olio di vetriolo o acido solforico, onde il nome di etere solforico).

L'industria e perfino l'arte della cucina trassero partito del suo spirito inventivo: così egli elaborò una tecnica ingegnosa per ottenere delle gemme artificiali, e vantò ai cuochi lo spirito di sale volatile come atto a rivaleggiare col migliore aceto e succo di limone nel cuocere le carni più coriacee...

Questa enumerazione succinta delle principali scoperte di Glaubero basta a mostrare quanto la posterità gli deve. L'opera in cui egli le ha riferite porta un titolo latino (*Opera chymica*, 1658) ma è scritta in tedesco: evidentemente l'educazione classica dell'autore era stata molto trascurata. Egli si dimostra un misantropo: aveva avuto il candore d'immaginare un'umanità perfetta e non potè adattarsi alla rovina delle sue illusioni, nè trovarvi la sorgente di un disprezzo indulgente. Glaubero si confinò nella solitudine, esalando in termini violenti i suoi dispiaceri reali o immaginari. «Gli uomini di oggi, egli dice, sono falsi, malevoli e traditori; nessuna loro parola è sacra; ciascuno non pensa che a sè; ovunque si ricambia il bene col male; se io non ho fatto in questo mondo tutto il bene che avrei potuto, è la perversità degli uomini che ne è stata la causa». In compenso, Glaubero dà un giudizio assai favorevole su sè stesso. Egli morì a 64 anni, in Amsterdam, dopo essere stato a Francoforte, a Colonia e negli Stati dell'Austria.

È mentre si trovava a Vienna che scoprì il sale che doveva perpetuarne il nome anche tra i profani.

Per rimediare a dei mali di stomaco e ad un'anoressia ribelle, gli fu consigliato di bere ad una sorgente prossima ad un orto, ad una lega da Neustadt, e le cui virtù erano attribuite al nitro. Glaubero vi si recò portando una pagnotta che egli vuotò e di cui si servì per attingere l'acqua. A misura che beveva, sentiva il suo appetito tornare, tanto che finì per mangiare la coppa improvvisata. Dopo parecchie sedute del genere fu perfettamente guarito. Glaubero analizzò quest'acqua e riconobbe che conteneva un sale che, proiettato sul fuoco, non deflagrava come il nitro e non crepitava come il sale di cucina; cristallizzava in lunghi aghi, di sapore leggermente amarognolo.

Questo sale, che per gratitudine egli chiamò *sale ammirabile*, era solfato sodico, al quale ancora oggi si dà spesso il nome di *sale di Glaubero*.

(H. Leclerc, in *Presse Médicale*).

R. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXIV. — Condizioni necessarie alla legittimità della dichiarazione di dimissioni volontarie per abbandono del servizio.

La mancata presentazione in servizio dell'impiegato allo spirare della licenza non può costituire una presunzione di abbandono dell'ufficio che giustifichi un provvedimento di esonero, ma tutt'al più, un'assenza ingiustificata passibile di punizione disciplinare più o meno grave, a seconda della gravità delle circostanze che emergano dal giudizio.

È illegittimo il provvedimento disciplinare deliberato senza previa contestazione degli addebiti, specialmente se trattisi di licenziamento, sia pure sotto la forma della dichiarazione di dimissioni, *se non si fa precedere almeno una diffida che richiami l'impiegato alla realtà dei suoi doveri, alla gravità delle conseguenze che dalla loro trascuratezza sta per derivargli e sopratutto che provochi una esplicita dichiarazione di volontà dello interessato di fronte alla quale l'amministrazione possa, a ragion veduta, agire nei confronti del suo dipendente.*

***

Della dichiarazione di dimissioni, nei casi di assenza ingiustificata, si tendeva ad abusare come di una formula comoda per risolvere il rapporto senza garanzie di forma e di sostanza. La V Sezione del Consiglio di Stato, stabilendo le massime sopra riassunte, con decisione 13 aprile 1923, n. 100, ha posto nettamente un freno agli abusi.

La decisione è così motivata:

« Considerato, nel merito, che appare evidentemente eccessivo il provvedimento adottato dal Comune di Gasperina nei confronti della levatrice condotta signora Madarena, con l'averla dichiarata dimissionaria per il solo fatto che, spirata la licenza, non erasi ripresentata in servizio. Il fatto poteva costituire, bensì, una assenza ingiustificata passibile, dopo sentite le discolpe della Madarena, di punizione disciplinare più o meno grave, a seconda della gravità delle circostanze che fossero state per emergere dal giudizio relativo; ma non poteva mai costituire una presunzione di abbandono del servizio da colpirsi con un provvedimento di esonero, e, quel che è più grave, inaudita parte.

« Le disposizioni vigenti sullo stato degli impiegati vogliono che per le punizioni disciplinari si addivenga sempre alla previa contestazione degli addebiti, e non è quindi, concepibile che il più grave dei provvedimenti, quale è quello del licenziamento, sia pure sotto la forma della dichiarazione di dimissioni non si faccia precedere, almeno, da una diffida che richiami l'impiegato alla realtà dei suoi doveri, alla gravità delle conseguenze che dalla loro trascuranza sta per derivargli, e, sopratutto, che provochi una esplicita dichiarazione di volontà dell'interessato, di fronte alla quale l'amministrazione possa, a ragion veduta, agire nei confronti del suo dipendente. La presunzione che la Madarena, col suo silenzio intendesse far comprendere all'amministrazione che essa abbandonava definitivamente il suo posto non poteva, quindi, validamente assumersi dal Comune solo per il fatto che essa non si presentò in servizio e, sia pure, non diede notizia di sè dopo spirata la proroga del congedo. Che poi, in qualunque modo, sia stata ingiustificata la presunzione affacciata dal ricorrente Comune, questo Collegio lo deve rilevare anche dalla circostanza che tra il termine della mancata riassunzione dell'ufficio e quello del provvedimento di licenziamento intercorse uno spazio di appena ventisette giorni. Questo breve periodo di tempo non poteva ragionevolmente bastare, nel silenzio della parte, a sostituire una concreta manifestazione della volontà di non più ritornare in servizio; mentre più serio fondamento di presunzione si sarebbe avuto qualora lo allontanamento dal servizio stesso si fosse di tanto prolungato da poter fare escludere la possibilità di cause accidentali che, indipendentemente dalla volontà dell'impiegato, gli avessero potuto creare un transitorio ostacolo all'adempimento dei propri doveri ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per le dotazioni degli Istituti scientifici.

All'on. Umberto Bianchi che aveva domandato al Ministro della Pubblica Istruzione di conoscere in base a quali criteri di utilità e dignità nazionale egli ha creduto di dover ridurre le già magre dotazioni dei laboratori scientifici, il Sottosegretario alla Istruzione Pubblica, on. Lupi, ha risposto: «Il Ministero della Pubblica Istruzione, come tutti gli altri dicasteri, ha dovuto concorrere a tutta quella serie di economie, che sono imprescindibili ai fini della superiore necessità del risanamento del bilancio statale e del raggiungimento del pareggio. Tali economie dovevano essere realizzate là dove meno penosa si presentava la inderogabile falcidia. Nell'insegnamento medio e primario — a parte che notevoli economie si erano già attuate e sono in corso di attuazione per effetto della riforma già decretata — c'era ben poco da tentare, la spesa riguardando quasi totalmente il personale.

«Non è così nella istruzione superiore, dove, in confronto di una decurtazione quasi nulla per quel che riguarda il personale, si sono ridotte le spese così dette di funzionamento per sei milioni circa, realizzando il più dell'economia nel dilazionamento degli stanziamenti per costruzioni edilizie.

«Ma tale sacrificio ha carattere solamente temporaneo; e non vi ha dubbio che, conseguito il pareggio del bilancio dello Stato, non solo saranno ridati agli Istituti Superiori tutti quei larghi mezzi che loro abbisognano per adempiere alla loro alta funzione nella vita nazionale; ma a tutto il problema dell'istruzione in genere sarà fatto nella distribuzione generale della spesa, quel giusto credito, che valga ad assicurare alla nostra Nazione la grandezza che essa si accinge a conquistare e che soltanto nello sviluppo della sua cultura trova la più salda e la più granitica garanzia».

Gli universitari bolognesi.

Gli studenti dell'Ateneo bolognese in un'adunata del 25 ottobre approvavano per acclamazione il seguente memoriale da presentarsi a S. E. Mussolini:

«Gli studenti dell'Università di Stato di Bologna pur mantenendo la protesta contro la «Riforma Gentile» che bandisce dagli studi superiori la classe media, chiedono:

1) che la «Riforma Gentile» venga applicata solamente per quelli che s'iscriveranno nelle varie Facoltà a cominciare dall'anno accademico 1923-24;

2) che venga concesso al M. Rettore di ogni singolo Ateneo la facoltà di prolungare la sessione di ottobre in qualsiasi periodo di tempo».

MEDICINA SOCIALE.

I nuovi programmi scolastici e l'igiene.

L'ardita e radicale riforma scolastica intrapresa dal ministro Gentile vorrebbe dare un impulso del tutto nuovo alla scuola italiana, per la quale si può prevedere un più vivace fervore di vita, se la riforma stessa potrà essere attuata in pieno.

Ai programmi delle Scuole medie, alle disposizioni per le Università, già rese di pubblica ragione ed entrate nella fase di applicazione, si aggiungono ora i programmi di studio e le prescrizioni didattiche per le Scuole elementari. Il Direttore Generale dell'Istruzione primaria, prof. Lombardo-Radice, ha gentilmente inviato al nostro giornale le bozze di stampa di tali programmi e prescrizioni, richiamando l'attenzione particolarmente sulla parte dedicata all'igiene. E veramente degni di attenzione ci appaiono questi programmi, per uno spirito nuovo che vi aleggia, per la viva fede ed il fervido entusiasmo che li animano, fede ed entusiasmo che debbono sempre sostenere l'educatore nella sua alta missione.

Non è qui il luogo adatto per soffermarci sulla parte puramente pedagogica dei programmi. Solo accenneremo alla felice innovazione di introdurre il disegno fin dalla prima elementare, prendendo come punto di partenza i primi informi sgorbi del bambino, additandogli la via da percorrere, senza mai arrestare la spontanea espressione grafica. È questa la prima applicazione sia pure limitata di quell'elevato principio del rispetto alla personalità umana, che è il perno del sistema Montessori; di tale sistema si consigliano in altra parte dei programmi alcuni espedienti puramente formali.

Anche l'insegnamento del canto, sistematicamente organizzato con opportuni consigli circa la respirazione, può avere notevole utilità, oltre che per il senso estetico, per lo sviluppo fisico del bambino. Favorevole dal punto di vista dell'igiene è pure la distribuzione del lavoro scolastico, che assegna alle due prime classi un numero di ore di studio vero e proprio di poco superiore a quelle dedicate ad occupazioni intellettuali ricreative, lavori manuali, ecc. La durata del lavoro nelle prime tre classi non deve eccedere la mezz'ora, compresivi gli intervalli per il riposo.

Ma l'innovazione più gradita per chi si occupa di igiene è il largo posto fatto a questa fin dalla 1ª classe, l'indirizzo pratico e soprattutto l'importanza che viene data alle pratiche igieniche, importanza che si riflette nel voto relativo alla pulizia personale sulla pagella scolastica e nelle note informative riguardanti l'attività dei maestri per l'osservanza dell'igiene. Già fin dalla 1ª classe sono prescritte conversazioni e lezioni sul corpo umano, sulla giornata igienica (descrizione delle occupazioni del bambino, che vuol crescere

sano e forte, il sonno, i pasti, perchè si lavano i denti, ecc.), sulle prudenze igieniche nel giuocare con gli animali e così via. Tali nozioni vengono sempre meglio sviluppate nelle classi successive. Ed oltre alla parte, diremo così, teorica dell'igiene viene dato grande sviluppo all'igiene pratica, spicciola, delle comuni azioni della vita. I maestri sono incitati a far eseguire nella scuola stessa le principali operazioni di pulizia, a verificare, ancor prima della preghiera, la pulizia personale degli scolari. Nella scuola femminile la maestra insegnerà come si scopa, si spolvera, si rigoverna, darà le norme igieniche per l'assistenza ai bambini lattanti, per la tenuta degli animali domestici in campagna, ecc. « Si persuadano i maestri », aggiungono le prescrizioni a proposito della pulizia personale, « che si tratta di una delle cose più serie che spettano alla scuola, dove nessuna didattica ingegnosa può assolvere il maestro dal grave torto di lasciare senza sanzione mani e faccie sudicie ». È questo un linguaggio nuovo che non eravamo abituati a sentire in documenti ufficiali e che merita tutto il plauso di noi medici. E pieno consenso merita questo nobile tentativo di dare anche nella scuola pubblica all'igiene il posto che le spetta. Esso fa vivo contrasto con i programmi delle scuole medie dove, tranne che per le scuole magistrali e, in piccola parte, per il liceo femminile, di igiene non se ne parla.

Le critiche, salvo per alcune improprietà di espressione, come quella di « ufficiale veterinario » (1), mi sembrano fuori luogo. Si debbono lodare le buone intenzioni, lo spirito pratico del legislatore ed attendere la prova dei fatti. Certo che ci si presenta la grave incognita di sapere se tutti i maestri attuali abbiano la capacità di insegnare quanto a loro si chiede. Troppo spesso essi attingono la loro coltura igienica da quei « manualetti in cui si raccolgono le briciole del sapere », i quali sono spesso invecchiati e comunque frammentarî ed il più delle volte inesatti. Le nozioni che si debbono insegnare, appunto perchè sono elementari, hanno bisogno di essere precise ed appoggiate ad una conoscenza non superficiale dell'argomento. Dai maestri che sappiano trasfondere con calore la coscienza igienica, dai bambini che la intendano e la diffondano e, fatti adulti, la esigano dagli altri, ci verrà forse quella redenzione igienica che è nel desiderio di tutti.

L'Istituto Italiano di Igiene e previdenza sociale ha diramato ai giornali medici italiani, ed ai Presidenti dell'A. N. M. M. e della Federazione degli Ordini un estratto dei programmi e delle prescrizioni citate, plaudendo alla nobile e generosa iniziativa.

fil.

---

(1) Sebbene possa sembrare estraneo all'indole del giornale, mi permetto di far rilevare la poca convenienza di usare parole francesi, come *bleu*, in un documento ufficiale emanante dalla Minerva, quasi che mancasse in italiano la parola corrispondente, che pure è usata negli stessi programmi.

Cronaca del movimento professionale.

Al Fascio di azione e difesa Medica.

Alla « Pro Torino » ebbe luogo un'assemblea straordinaria del Fascio di azione e difesa medica coll'intervento di numerosissimi soci.

Presiedette il dott. grand'uff. Agostino Borini, il quale dopo avere riassunta l'intensa e fattiva opera del Fascio per la soluzione di alcuni importanti problemi, e messe in rilievo le condizioni in cui vengono oggi a trovarsi le Associazioni professionali di carattere sindacale dopo la formazione del Sindacato Medico Fascista, e dopo d'aver ricordate le finalità del Fascio completamente raggiunte, chiede all'assemblea di pronunciarsi o sullo scioglimento del Fascio stesso o sulla eventuale sua fusione con qualche altra Associazione di categoria.

Un'animata e vivace discussione si svolge sulle comunicazioni del presidente: vi prendono parte i proff. Mensi, Martini, Giordano, Muggia, Rolandi e i dott. Garosci, Passerini, Vittone e altri. Viene alla fine votato il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea del Fascio di azione e difesa medica, convocato il 21 nov., considerando che il programma dell'Associazione è stato completamente svolto, manda un vivo plauso al Presidente e alla Giunta esecutiva e delibera lo scioglimento del Fascio stesso, auspicando all'unione di tutte le energie mediche, per il bene della classe ».

Negli Ordini.

A seguito dello scioglimento dell'Ordine di Trento e della rinnovazione del Consiglio, questo, fino a tutto il 1925, è così composto, per voto dell'assemblea e per elezione del Consiglio: dottori Carlo Zanetti, Povo (Trento), presidente; Giacomo Erlacher, Brunico, vice-presidente; Gino Rigoni, Trento, segretario; Pietro Sembianti, Trento, tesoriere; Deleonardi Orlando, Cavalese; Prosser Guido, Rovereto; Stenico Vittorio, Trento; Guido Vachtlr, Bolzano, consiglieri.

***

Il Consiglio dell'Ordine di Napoli è dimissionario in seguito a votazione sulla seguente mozione presentata dai consiglieri d'Alise e Grassi: « Il Consiglio dell'Ordine dei Medici, sciogliendo la riserva già da tempo fatta, per uniformarsi all'orientamento politico dominante e allo spirito dei tempi nuovi, delibera di attenersi rigorosamente alle direttive del Partito Fascista che impongono agli Ordini dei Medici: 1° l'indirizzo conforme allo spirito della legge, senza alcuna azione sindacale; 2° il distacco dalla Federazione degli Ordini ». Questa mozione ebbe i voti favorevoli di D'Alise e Grassi; votarono contro Tucci, Mauro, Sava. I primi due si dimisero; seguì la dimissione di tutto il Consiglio.

Il presidente prof. Sava ha comunicato al Prefetto le dimissioni, perchè sia provveduto con la nomina di un Commissario.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Corpo d'Armata di Bologna.

Continuaz., vedi fasc. 49).

	Lire
Cap. M. Bugliari Giuseppe	40
Cap. M. D'Ettorres Giuseppe	40
Ten. M. Pecilli Antonio	35
Ten. M. Guidi Alessandro	35
Ten. M. Creazzo Arcangelo	35
S. Ten. M. Gadani Angelo	30
S. Ten. M. Domenici Luigi	30
Ten. M. Bolognini Luigi	35
Cap. M. Tancredi Aristide	40
Ten. M. Nanni Carlo	35
S. Ten. M. Scioppa Luigi	30
Cap. M. Bertelli Sire	80
Ten. M. Tedeschi Nicola	35
Dott. Baldi Celestino, Bologna	30
Dott. Ghillini Andrea, id.	20
Dott. Seganti Antonio, id.	20
Magg. M. Magnaghi Guido	50
Magg. M. Mignemi Francesco	50
Cap. M. Machi Sebastiano	40
Cap. M. Raffone Alfonso	40
Dott. Talenti Vittorio, Bologna	25
Magg. M. Alfonso Luigi	50
Cap. M. Ferrari Mario	40
Ten. M. Santorsola Domenico	35
Magg. M. Manganaro Carmelo	50
Magg. M. Viggiano Alfredo	50
Cap. M. Fiorenza Fernando	40
Cap. M. Gafà Matteo	40
Cap. M. Baccara Alessandro	40
Cap. M. Dinelli Almiro	80
Dott. Simonini Enzo, Codifiume	100
Ordine dei Medici della Prov. di Treviso	300
Cap. M. Calligaris Carlo	80
Magg. M. Ritucci Chinni Agostino	50
Prof. Albertoni Pietro	20
Prof. Martinotti G.	50
Ordine dei Medici della Prov. di Ravenna	200
Prof. Caliceti Pietro	40
Dott. Baroni Giuseppe, Valle di Cadore	25
Dott. Ciani Pietro, Portobuffolè	25
Dott. Cappelli Pio, Bagnarola	50
Dott. Ricci Carlo, Bosco (Ferrara)	10
Dott. Lorenzon Carlo, Treviso	50
Prof. Vitali Giovanni, Bologna	100
Dott. Piero Pietro, Belluno	100
Prof. Grollo Antonio, Treviso	120
Dott. Delaito Francesco, Belluno	40
Cap. M. D'Agostino	80
Prof. Maggiora Arnaldo, Bologna	40
Dott. Pontiggia Emilio, Vittorio Veneto	50
Prof. Coletti Antonio, id.	100
Dott. Panella Emilio, id.	25
Dott. Vascellari Arturo, id.	50
Dott. Coletti Nicola, id.	50
Prof. Marrasini Alberto, Ferrara	100
Prof. Latter Leone, Modena	25
Dott. Conti Alceste, Bologna	20
Dott. Ugatti Oliviero, Ambrogio (Ferrara)	30
Dott. Celotti Giuseppe, Gemona	10
Dott. Moro Francesco, Tolmezzo	25
Dott. Cecchetti Umberto, id.	25
Dott. D'Agostino Francesco, Imola	50
Dott. Baldi Alberto, Ferrara	50
Dott. Calzolani Ferdinando, id.	50
Dott. Sonego Antonio, Orsago	70
Dott. De Mori G. B., Vittorio Veneto	25
Dott. Galletti Gallo, Anghiari	20
Dott. Frittelli Gino, Terranova Bracciolini	20
Dott. Corradini Giovanni, Refrontolo	20
Dott. Calzavara Gino, Treviso	20
Dott. De Poi Francesco, Fregona	25
Dott. Calzavara Ernesto, Treviso	20
Dott. Giovannini Giuseppe, Porotto (Ferrara)	50
Dott. Cappellini Pietro, Bologna	50

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Istituti Ospitalieri.* — Primario di una delle due Sezioni di Chirurgia dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 49. Scad. ore 17 del 17 dic.

BRESCIA. *Deputazione Provinciale.* — Assistente presso il Manicomio. Vedi fasc. 49. Scad. ore 16 del 15 dicembre.

CAPRALBA (*Cremona*). — Scad. ore 15 del 31 dic. Vedi fasc. 49.

CARPI. *Congregazione di Carità.* — Nell'Osped. Bernardino Ramazzini vacano tre posti. Vedi fascicolo 49. Scad. ore 17 del 20 dic.

CASALVIERI (*Caserta*). — L. 6000 e due c.-v., due quinq. decimo; obbligo della resid. a non oltre 2 km. dal centro abitato. Scad. 30 giorni dal 23 nov.

FERMO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 20 dic. Per la fraz. Torre di Palmo. L. 5500 residenza, L. 1000 fino a 1000 pov., L. 5500 a *forfait* per i non facoltosi, due c.-v., L. 3000 cav. Per maggiori chiarimenti gli interessati si rivolgano subito al Municipio.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 15 dic. Vedi fasc. 47.

LENOLA (*Caserta*). — Scad. 31 dic. Pei poveri L. 6000. Chiedere bando concorso al Comune.

MARCIANA (*Livorno*). — Per Pomonte; a tutto 15 dic.: L. 6000 e primo c.-v.; nomina annua (*sic*), riconferma per l'anno successivo.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assist. interno nell'Ospedale tubercolotici in Garbagnate. Vedi fasc. 49. Scad. ore 16 del 15 dicembre.

MONTECALVO IN FOGLIA (*Pesaro*). — A tutto 15 dic.; L. 8500 e caro-viv.; L. 3000 cavalc.; L. 400 uff. san.; tariffa combinata. Abitaz. gratuita. Età massima 40. Abitanti 1300, poveri 72. Chied. ann.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Scad. 22 dic. Abitanti 724 senza frazioni. L. 4700 (*sic*) per una trentina di famiglie povere. Il comune non ha altri sanitari (*sic*).

S. MAURO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 20 dic. L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1000 uff. san.; L. 2000 cav.

S. PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª cond.; L. 5000 (*sic*) senza alcun c.-v. (*sic*), fino a 1500 poveri (*sic*); addizion. L. 5; 4 quinq. decimo. Scadenza ore 10 del 15 dic. Serv. entro 15 g.

TRENTO. *Municipio.* — Scad. 15 dic. Medico in seconda per il Dispensario antitubercolare della città e dei paesi limitrofi; al posto è congiunto l'onorario di L. 12,000 pagabili in rate mensili postecip. Dom. e docum. di rito all'Ufficio d'Igiene.

VICENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario-Medico capo del capoluogo; L. 12,000; aumenti triennali; indenn. di carica L. 2000; caro-viv. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi alla Prefettura.

VITORCHIARO (*Roma*). — Scad. 10 dic.; condotta unica; L. 7000 fino a 2000 (*sic*) poveri e 4 quinq. dec.; addizionale L. 1.50; disag. resid. L. 500; per uff. san. L. 300; assicur.

Chirurgo condotto cerca collega disposto sostituirlo per parecchi mesi. Per trattative rivolgersi al dott. Cinaglia - Sassoferrato (Marche).

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene.* — Concorso nazion. per un opuscolo di propaganda fra operai sul tema: «L'igiene del lavoratore»; verranno assegnati un premio di L. 1500 ed uno di L. 500. Chiedere il programma al segretario dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96 - Roma (25). Scad. 28 febbr.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. Luigi Mangiagalli, sindaco di Milano, è nominato rettore della nuova Università milanese formata — in seguito alle ultime disposizioni ministeriali — dal complesso degli Istituti cittadini di alta coltura.

Milano ha ora stanziato 12 milioni per la sua Città universitaria.

Sono abilitati alla libera docenza per titoli i dottori: Battaglia Raffaello in patologia medica a Roma; Minerbi Giacomo in patologia medica a Torino; Nuzzi Oreste in ortopedia traumatologica a Roma; per esame: Bogi Dino in clinica ostetr.-ginec. a Pisa; Carollo Giuseppe in patol. chirurg. a Palermo; Giarruso Gesualdo in clinica malattie nerv. e ment. a Catania; Patrone Ernesto Angelo in patol. chirurg. a Genova; Spizzi Attilio in clinica oculist. e oftalmoiatria a Pavia. Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Lay Efisio in patol. chirurg. da Roma a Cagliari; Zorzi Piero in fisiologia da Parma a Padova.

Il prof. Vincenzo Aloi, aiuto alla R. Clinica Chirurgica e chirurgo degli Ospedali Riuniti di Napoli, ha vinto il concorso al posto di chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Catanzaro.

Sono state concesse due medaglie di bronzo al valor militare al dott. Fiori Paolo da Lerici (Genova), maggiore medico di complemento, comandante l'Ospedaletto da campo 006, con le seguenti motivazioni:

«Rimasto danneggiato l'Ospedale per il vicino scoppio di proiettili nemici di grosso calibro, con lucida freddezza e sprezzo del pericolo organizzò il servizio di trasporto e di sgombero dei feriti in luogo meno esposto, malgrado una violenta ripresa dei tiri dell'artiglieria avversaria». S. Canziano di Monfalcone, 15 maggio 1917.

«Con coraggio ed energia singolari, in momenti particolarmenti difficili, tenne alto lo spirito dei dipendenti che, disciplinati ed al completo, condusse sino alla nuova linea di resistenza, dopo avere altresì saputo ricuperare, affrontando serenamente disagi e pericoli d'ogni genere, la massima parte del materiale di un Ospedaletto da campo». Isonzo-Piave, 26 ottobre-19 novembre 1917.

Il Ministero dell'Interno ha conferito la medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica al prof. Adriano Valenti di Parma per l'opera da lui prestata durante l'epidemia influenzale 1918-19.

Il cav. dott. Antonio de Castro è nominato cavaliere dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro per speciali meriti professionali acquisiti durante la guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

Corsi di perfezionamento in igiene.

Corsi complementari bimestrali d'igiene per aspiranti ufficiali sanitari si terranno a Pisa a partire dal 9 gennaio ed a Roma a partire dal 6 febbraio. Le iscrizioni si ricevono fino al 31 dicembre e al 2 febbraio.

Corso di perfezionamento in medicina del lavoro.

Ricordiamo che dal 10 gennaio al 29 febbraio si terrà un corso di medicina del lavoro, compresa la medicina ferroviaria, presso la Clinica del Lavoro di Milano. Chiedere il programma alla Segreteria dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento (via Commenda, 12).

Corso di perfezionamento in ortopedia.

Il prof. Calot terrà il solito corso di ortopedia indispensabile ai pratici nella sua Clinica di Parigi dal 28 gennaio al 3 febbraio; tassa d'ammissione fr. 150. Chiedere programmi al dott. Fouchet (Clinique Calot, 69, Quai d'Orsay, Parigi; ovvero Institut Calot, Berck-Plage, P.-de-C.).

Discorsi inaugurali.

Fra i discorsi inaugurali per l'inaugurazione dell'anno accademico 1923-24 segnaliamo ancora i seguenti: a Modena il prof. A. Donaggio trattò de «La vita e l'opera di Augusto Tamburini»; a Pavia L. Montemartini «A quarant'anni dalla morte di Darwin»; a Padova P. Enriques «Perchè si nasce maschi o femmine?».

L'ospedale milanese di Garbagnate.

L'Amministrazione comunale di Milano ha invitato le principali notabilità del ceto medico cittadino e le autorità a visitare l'Ospedale Vittorio Emanuele III fatto costruire a Garbagnate per i malati di forme lente, non acute e specifiche dell'apparato respiratorio. Il grandioso ospedale è situato nella parte elevata della Groana di Garbagnate, a 148 m. sul mare, a 15 km. circa da Milano, cui è congiunto dalla Ferrovia Nord; è circondato da una densa pineta; sorge su di un'area di 315,000 mq., di cui 15,000 coperti da fabbricati, 60,000 da strade e viali, 15,000 da giardini, 52,000 da colture diverse e 175,000 da pinete; è tutto in cemento armato. È pronto un padiglione capace di 500 adulti (metà uomini e metà donne); presto saranno approntati un padiglione per 100 bambini ed uno per 100 gestanti.

L'ospedale di Rho.

Alla presenza delle autorità è stata solennemente collocata la prima pietra dell'Ospedale di Rho.

Per l'ospedale di Udine.

Al concorso per il nuovo Ospedale di Udine sono stati presentati 39 progetti; la Commissione giudicatrice ne ha stimati meritevoli di speciale considerazione tre, presentati dall'ing. Sibilla di Torino, dall'ing. Bertolaja e prof. Ronzani di Milano e dall'ing. Polverosi e arch. Ricci di Udine, ed ha proposto che a ciascuno fosse assegnato un premio di L. 10,000.

Per Agostino Bassi.

Il 18 novembre il comune di Mairago (Pavia) ha inaugurato nel Viale delle Rimembranze una lapide commemorativa del sommo indagatore che ha precorso e preparato le ricerche di Pasteur. Eccone il testo:

Mairago — superba di aver dato i natali — il 26 settembre 1773 — ad — Agostino Bassi — creatore della dottrina dei microbi patogeni — nel III Cinquantenario della nascita — ne rivendica ed esalta — la memoria immortale — 18 novembre 1923.

Pronunziò un elevato e smagliante discorso commemorativo il prof. Riquier.

In onore del sen. Cardarelli.

Nella sua prolusione al corso di Clinica medica l'on. Castellino ha prospettato la grande figura di Antonio Cardarelli, quale insegnante, quale medico e nelle sue intime qualità morali. Alla fine della conferenza gli studenti, in numero di circa un migliaio, si recarono alla casa del vecchio e adorato Maestro, allontanato d'autorità dall'insegnamento, e lo trassero alla cattedra, di dove Egli parlò delle tradizioni della Scuola, le quali verranno certo continuate. Uragani di applausi accolsero le sue parole. Poi Egli venne riaccompagnato a casa, in ordinato corteo.

Nuovi periodici.

«*The Endocrine Survey*», continuazione di «*The International Digest of Organotherapy*», è una rassegna sistematica degli studi endocrinologici; ne è redattore-capo H. R. Harrower; è pubblicata a Glendale (California) dalla Survey Publishing Co.

«*The British Journal of experimental Biology*» viene pubblicato sotto gli auspicii del Dipartimento per investigazioni biologiche dell'Università di Edimburgo; il primo fascicolo reca molto materiale che interessa la medicina scientifica; segnaliamo i lavori: Sulle secrezioni interne, Fisiologia comparata della digestione, Coltivazione dei tessuti viventi, Partenogenesi, ecc.

La «*Japanisch-Deutsche Zeitschrift für Wissenschaft und Technick*» è diretta dal prof. Saka, rettore dell'Università Medica di Osaka; sarà un organo di collaborazione e di collegamento tra gli studiosi germanici e giapponesi nel campo della medicina. La lista dei redattori comprende nomi reputatissimi, come Aschoff, Härtel, Hass, Rassow, Spaltcholz, Sudhoff, Weldemeyer, ecc.

Donazione all'Università di Parigi.

Il sig. George Blumenthal di New York ha donato 250,000 franchi al Consiglio amministrativo dell'Università di Parigi, affinchè vengano impiegati nell'interesse della scienza, dell'educazione e dell'arte.

I neo-medici in Francia.

Nell'anno scolastico 1922-1923 sono stati conferiti in Francia 1138 diplomi di dottore in medicina; in questo totale figurano le seguenti Facoltà mediche: Parigi 426, Lione 197, Bordeaux 167, Montpellier 109, Tolosa 73, Lilla 45, Nancy 40, Beyrouth (Palestina) 30, Strasburgo 26, Algeri 25.

Le tristi condizioni dei medici tedeschi.

Alla Dieta del Baden è stata svolta un'interpellanza sulle condizioni dei professionisti. Si parlò sopratutto dei medici. Si rilevò che i medici toccano il loro onorario settimane e mesi dopo prestata l'opera loro, quando il denaro ha perso considerevolmente del suo valore per la continua caduta del marco. Oggi il medico che può vivere del prodotto del proprio lavoro è una rarità. I più disgraziati sono i giovani medici, di cui la guerra ruppe gli studî, che poi hanno dovuto riprendere. Il loro numero è legione.

Molti medici hanno rinunciato alla loro professione e vanno a lavorare nelle fabbriche. Quanto agli studenti, ben pochi riusciranno a guadagnarsi la vita e a sopperire alle spese per l'istruzione loro. Pur superate tutte le difficoltà il giovane medico deve andare alla ricerca di un appartamento; e trovandosene molto pochi, deve spesso attendere anni.

Non giova l'aver alzato il prezzo della visita, perchè si è notata una enorme rarefazione delle chiamate, il che, se rende sempre più misera la vita al medico, danneggia anche la salute pubblica, poichè il medico viene chiamato troppo tardi.

Una Mostra italiana dell'alimentazione

è stata inaugurata a Ginevra il 29 novembre e durerà fino al 12 dicembre, ad iniziativa di un Comitato promotore presieduto dal sig. Corte.

Il matrimonio di una principessa infermiera.

Si è sposata in questi giorni a Londra, in gran pompa, Lady Luisa Mountbatten, principessa britannica, che, durante la guerra, si arruolò come infermiera e ne conobbe da vicino gli orrori.

Durante diciotto mesi consecutivi, lady Mountbatten apprestò le sue cure amorose ai feriti in un'ambulanza nei dintorni di Bourges. Fece nei primi tempi in tirocinio minuzioso, non sdegnando di sottoporsi ai lavori più umili, anche quelli che possono apparire repugnanti ad una donna di meno alto lignaggio. Fu vista per tanto tempo pulire i lumi, marcare la biancheria, scopare e lavare i pavimenti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brain, luglio. — WATERSON. Sensibilità cutanea per tatto e temperatura. — HERRING. La legge della fluttuazione nei tessuti viventi. — HADFIELD. Degenerazione epato-lenticolare.

Journ. nervous and mental diseases, agosto. — MITCHELL e COBB. Sulla neurosi traumatica. — ALFORD. La demenza precoce come tipo di degenerazione progressiva.

Presse méd., 18 ag. — LENORMANT e SENÈQUE. Trattamento delle fratture diafisarie dell'avambraccio. — CHEINISSE. Trattamento patogenico della eclampsia.

Ibidem, 22 ag. — JATLE. Il riflesso pelvico o dell'Esplanade.

Ibidem, 29 ag. — LEGUEU e FLANDRIN. L'ablazione dei nervi renali.

L'Igiene moderna, giugno. — DE MARIA. L'igiene del piede. — BRUNI e TIXI. Ricerche comparative su reazioni sierodiagnostiche nella sifilide.

Morgagni (Archivio), 31 ag. — BERNARDINI. Sindromi amiostatiche da encefalite letargica. — OTT. Sull'edema polm. acuto.

Japan med. World, 15 maggio. — MIYAGAWA. L'organo-tossine. — HAYANO. Sul bac. della pertosse.

Ibidem, 15 giugno. — MURAI e TERADA. Proprietà irritanti delle cell. del tratto digerente in rapp. alla formaz. dell'ulcera peptica. — OHOTO. Il bac. della peste nel sangue.

British Med. Journ., 18 ag. — MAC WILLIAMS. Fibrillaz. ventricolare e morte improvvisa.

Ibidem, 25 ag. — MC NEILL-LOWE. La prognosi dopo l'asportazione delle cartilagini semilunari.

Arch. di Antropologia crimin., fasc. III. — FLAMBERTI. La sindrome dipsomaniaca. — LAZZARONI. Anarchia e tub.

Haematologica, luglio. — SALKUND. Gelatinizzazione del siero di sangue nella tub. — ENRIQUES. Funzione dei leucociti intestinali. — ESPOSITO. Gli emoistioblasti nelle leucemie.

Ann. Ostetr. e gin., giugno. — BERTINO. Indicazioni sociali alla provocazione dell'aborto.

Gaz. d. Hôpitaux, 14-16 ag. — CANGE e DUPUY D'UBY. Cheratite parenchimatosa ed eredosifilide.

Brazil-medico, 14 luglio. — DA MATTE. Cheratodermia gonococcica. — DE SOUZA LOPES. Cura del Tricomonas intestinalis con lo Yatre.

Münch. med. Woch., 17 ag. — GRASMANN. Sulla diagnosi delle lesioni addominali. — BORCHARD. Diagnosi differenziale della peritiflite. — WESTPHAL. Rapporti fra Lamblia intest. e malattie del fegato e vie biliari.

Zblatt. f. Chirurgie, 18 ag. — DRÜGG. L'uso diagnostico della tubercolina in chirurgia. — MELCHIOR e LUBINSKI. La batteriologia delle ferite granulanti.

Tubercolosi, luglio. — CASSINIS. Sulla prova di Holländer.

Coltura medica mod., 15 ag. — LAZZARO. Igiene orale e med. preventiva. — BARBARO. Cura del carbonchio.

Medicina Ibera, 15 ag. — EIZAGUIRRE. Cura chirurg. della tub. polm.

Prensa med. argentina, n. 3 e 4. — CARRERA. Terapia della sifilide viscerale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 17 dicembre 1923 Fasc. 51 (Fine)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla frenicotomia.

Prof. U. CARPI, medico primario all'OSPEDALE MAGGIORE di MILANO.

Nell'anno 1911 Stürtz aveva fatto la proposta di curare i processi distruttivi gravi monolaterali del lobo polmonare inferiore provocandone il collasso colla paralisi artificiale del diaframma; in un primo caso di bronchiectasia del lobo inferiore sinistro operato da Bardenheuer, con la recisione del nervo frenico si ottenne un notevole miglioramento. Ma la proposta di Stürtz non ebbe all'inizio imitatori e fu anzi vivacemente contrastata da Hellin che contestava ogni effetto della frenicotomia sulla posizione e funzione del diaframma.

Gli effetti della frenicotomia nel determinare una paralisi del diaframma, con conseguente posizione espiratoria del lato paralizzato e riduzione della parte basale del torace, vennero nuovamente studiati dal punto di vista sperimentale da Sauerbruch e da Schepelmann. In un lavoro comparso nel 1913 Sauerbruch esponeva i principi per l'utilizzazione clinica della frenicotomia come metodo atto a provocare una riduzione della cavità toracica dal basso, una limitazione dell'attività inspiratoria del polmone, e la compressione almeno del lobo polmonare inferiore. Un lavoro successivo di Oelecke confermava le vedute di Sauerbruch; e in un

lavoro pubblicato nel 1914 Walther, della scuola di Sauerbruch, riferiva i risultati ottenuti colla frenicotomia in 26 casi di lesioni tubercolari polmonari studiati particolarmente dal punto di vista radiologico. Da questa prima serie di casi risulta che la frenicotomia non può considerarsi come metodo sostitutivo della plastica del lobo inferiore, ma che essa può corrispondere come operazione complementare di un intervento toracoplastico extrapleurico. Piuttosto può servire come metodo utile in alcune tubercolosi bilaterali nelle quali altri interventi non siano possibili, oppure nelle lesioni polmonari leggere nelle quali la limitazione della funzionalità polmonare ottenuta con la paralisi del diaframma darebbe risultati molto soddisfacenti. Col controllo radiologico Walther potè osservare, dopo la frenicotomia, un innalzamento del diaframma in media di 3-4 centimetri e inoltre una riduzione notevole di ventilazione della base polmonare.

L'ascoltazione gli fece infatti rilevare un notevole indebolimento del rumore respiratorio e la percussione una diminuzione di risonanza: notò pure che, nella frenicotomia di sinistra, il cuore viene innalzato verso l'alto e rotato verso il lato opposto ed appare come allargato. Nella statistica di Walther il valore terapeutico della frenicotomia è valutato in rapporto agli effetti che può avere in lesioni limitate alla base polmonare; piuttosto che un atto operativo a sè esso dovrebbe essere considerato come intervento complementare della toracoplastica extrapleurica. Tuttavia in tre casi la frenicotomia mostrò influenza favorevole sul decorso di una lesione tubercolare del polmone. Sauerbruch ha stabilito una altra indicazione della frenicotomia nelle lesioni tubercolari del lobo superiore, quando il lobo inferiore sia libero da lesioni: in questi casi è indicato l'intervento toracoplastico circoscritto al lobo superiore e una limitazione nella funzionalità del lobo inferiore, per mezzo della toracoplastica. L'indicazione fondamentale della frenicotomia si ha nelle lesioni distruttive del lobo inferiore nelle quali la toracoplastica extrapleurica basilare va completata con la immobilizzazione del diaframma. In casi di grave lesione di un polmone nei quali l'altro polmone, sia pure ammalato, una frenicotomia dal lato più grave potrà sempre dare un miglioramento.

La frenicotomia può dare anche buoni risultati nella cura dei residui di antiche cavità empiematiche: la riduzione del cavo toracico ottenuta con l'innalzamento del diaframma permette di praticare una plastica alla Schede in proporzioni più limitate.

La frenicotomia ha ancora un'indicazione diagnostica in casi di gravi lesioni da un lato e di manifestazioni sospette dall'altro lato: allora l'immobilizzazione del diaframma permette, dal lato delle lesioni, una riduzione preparatoria della funzionalità polmonare, così che è possibile stimolare in misura limitata l'iperfunzione dell'altro lato e saggiarne preventivamente la capacità al compenso funzionale.

Anche in lavori più recenti le indicazioni della frenicotomia non si sono notevolmente modificati. Alexander in un lavoro di questo anno, sui metodi di cura chirurgica della tubercolosi polmonare propone l'exeresi a scopo diagnostico in casi di gravi lesioni polmonari di un lato, quando coesistano manifestazioni cliniche incerte dell'altro lato nel senso già sopra espresso; e a scopo terapeutico nei casi di gravi lesioni tubercolari, particolarmente come atto preparatorio della toracoplastica.

Fischer nella Clinica Chirurgica di Francoforte considera l'indicazione della frenicotomia in casi nei quali il pneumotorace non può essere eseguito per cause di aderenze pleuriche e nei quali si abbia motivo di evitare una toracoplastica. In una serie di casi curati Egli ha avuto risultati soddisfacenti. La questione è trattata in un recentissimo lavoro da Rivier, Clive e Romanis che considerano la frenicotomia come un utile intervento il quale può dare alla chirurgia polmonare aiuti non indifferenti particolarmente per completare gli effetti della toracoplastica.

Più recente è la valutazione della frenicotomia come atto terapeutico a sè della tubercolosi polmonare. Il Goetze non esita a considerarlo come un metodo più pratico e non meno efficace del pneumotorace. Egli crede tuttavia che non basti il blocco del frenico per ottenere una reale paralisi del diaframma, ma che è necessaria la resezione contemporanea del nervo succlavio. Nei casi che Egli ha curato con questo metodo i risultati furono favorevoli. Le indicazioni e gli esiti della frenicotomia radicale sono riprese da Fischer che così compendia le indicazioni: 1° Casi nei quali un pneumotorace non abbia ottenuto un sufficiente collasso. 2° Casi nei quali non sia praticamente possibile praticare regolarmente e per la durata di tempo necessario la cura pneumotoracica. 3° Casi nei quali si vuole evitare la toracoplastica. 4° Casi nei quali la frenicotomia serve come atto preparatorio della toracoplastica. 5° Casi nei quali esistono lesioni sospette dall'altro lato delle quali si vuol stabilire la reattività.

Su venti casi operati e osservati per un periodo da 4 mesi a due anni si ebbe: in un caso progressione del processo nell'altro lato, in 9 casi, notevoli miglioramenti, in 7 casi un risultato che può considerarsi di guarigione.

Il Frisch, che già si era occupato della questione nel 1921, ritorna ancora sull'argomento ed esprime l'opinione che la frenicotomia debba considerarsi come intervento terapeutico a sè nella cura dei processi acuti tubercolari, specialmente nei casi ove non sia possibile la costituzione di un pneumotorace.

Egli indica anche una combinazione di un pneumotorace con la frenicotomia in casi nei quali aderenze col diaframma non permettono il completo collasso del polmone col solo pneumotorace.

La questione delle indicazioni della frenicotomia è dunque all'ordine del giorno e merita di essere nuovamente valutata dal punto di vista della sua applicabilità clinica e dei suoi esiti, nella cura della tubercolosi polmonare.

Comunque è da tener presente che esso non può sostituire il collasso pneumotoracico ma solo ottenere effetti di riduzione della funzionalità polmonare là dove il pneumotorace non sia eseguito a cause di aderenze pleuriche, o sia incompleto, oppure non sia consigliabile per l'esistenza di lesioni bilaterali.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDER. Schweiz. med. Woch., 1923, n. 3.
FISCHER. Klinische Wochenschrift, n. 12, 1923.
ID. Zentralblatt für Chirurgie, n. 19, 1923.
FRISCH. Klinische Wochenschrift, 1923.
GOETZE. Archiv. f. Klin. Chirurgie, 1922, Bd. 21.
RIVIERA, CLIVE, ROMANIS. Lancet, 1923.
SAUERBRUCH. Ergebnisse d. inner. Medizin u. Kinderhiolh., Bd. X, 1913.
WALTHER. Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1914, Bd. XC, Heft 2.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
diretto dal prof. N. PENDE.

Prime ricerche di ematologia chimica sulle costituzioni

per il dott. SANTI RACCHIUSA.

Sino ad ora le ricerche sulla chimica del sangue hanno preso di mira soggetti patologici, o se, a scopo di trovare dei termini di comparazione, hanno preso in considerazione anche soggetti normali, e non si è tenuto conto affatto della costituzione individuale dei medesimi. Oggi che lo studio della personalità individuale, per merito sopratutto del Pende in Italia, dalla semplice analisi morfologica è passato con molto maggiore profitto per la clinica alla valutazione umorale dei soggetti, lo studio chimico del sangue, nei varii tipi costituzionali appare quanto mai fecondo.

Già le ricerche endocrinologiche del Pende sui due tipi umani principali distinti dalla scuola italiana, lasciavano prevedere una formula chimica antitetica nel sangue di questi due tipi, per quanto riguarda la quantità proporzionale di alcune sostanze di cui sappiamo l'intimo rapporto metabolico con le glandole endocrine, come il glucosio, la colesterina, l'acido urico ed il calcio.

Da questa premessa hanno preso le mosse le mie ricerche sul comportamento di queste sostanze nelle varie costituzioni umane.

Per ora io posso annunziare i primi risultati che sono veramente eloquenti per la loro costanza.

Metodi di ricerca. — Per il glucosio mi son servito del metodo colorimetrico di Folin e Wu, servendomi come campioni di soluzioni titolate di destrosio preparate da recente.

Per l'acido urico mi son servito del metodo tungsto-molibdico di Folin e Wu, anch'esso colorimetrico, servendomi come campioni di soluzioni titolate di acido urico purissimo (Merk, Kahlbaum).

Per la colesterina mi son servito del metodo di Grigaut, modificandolo nel seguente modo:

2 cc. di sangue venivano messi in un beker con 20 cc. di NaoH al 25 % e fatti bollire a bagnomaria per tre ore. Avvenuta la saponificazione portavo il tutto senza lavare in un imbuto separatore ed estraevo la colesterina

con 20 cc. di etere per ben cinque volte.. Distillato l'etere il residuo colesterinico lo prendevo con 25 cc. di cloroformio. Come campione mi servivo di una soluzione di colesterina in cloroformio = gr. 0.012 %.

Per la titolazione prendevo 5 cc. della soluzione cloroformica in esame e 5 cc. della soluzione campione, a ciascuna delle quali aggiungevo cc. 0.1 di acido solforico concentrato e cc. 2 di anidride acetica.

Calcolata la quantità assoluta di colesterina campione veniva eseguita la titolazione col colorimetro di Dubosq, che offre una grande precisione e rapidità rispetto a quello di Hellige.

Questo metodo da me adoperato ha dei vantaggi rispetto agli altri metodi colorimetrici in quanto la titolazione viene eseguita sempre con un campione di colesterina preparato al momento, mentre il cono fisso del colorimetro di Hellige non può dare affidamento sul contenuto di colesterina del campione.

Anche i metodi per il glucosio e l'acido urico danno affidamento appunto per lo stesso motivo.

Risultati sperimentali. — Riassumo in tre tabelle i dati sperimentali ottenuti:

TABELLA I.

Tipo longilineo.

N. d'ordine	Cognome e Nome	Età	Quantità di glucosio nel sangue gr. ‰	Quantità di acido urico nel sangue gr. %	Quantità di colesterina nel sangue gr. ‰	Osservazioni
1	G. Onofrio	24	1,2	0,0095	1,5	Tipo medio con tendenza al longilineo
2	C. Giovanni	24	0,60	0,0016	1,2	
3	C. Gaetano	32	0,90	0,007		
4	C. Natale	24	0,70	0,0056	1,3	
5	D. Mariano	28	0,70	0,0086	1,23	
6	D. Fedele	27	0,70	0,0052	1,3	
7	M. Paolo	37	0,80	0.026		Uricemico
8	P. Giovanni	15	0,61	0,0028	1,2	
9	S. Giuseppe	34	0,71	0,0078		
10	P. Virgilio	35	0,66	0,038	1.41	Uricemico
11	T. Salvatore	37	0,72	0,0065	1,27	
12	M. Letterio	27	0,70	0,0093	1,24	

TABELLA II.

Tipo brevilineo.

N. d'ordine	Cognome e Nome	Età	Quantità di glucosio nel sangue gr. ‰	Quantità di acido urico nel sangue gr. %	Quantità di colesterina nel sangue gr. ‰	Osservazioni
1	M. Caterina	64	1,30	0,029	1.78	
2	M. Antonino	24	1,75	0,014	1,76	
3	R. Gustavo	42	1,85	0,014		
4	C. Domenico	27	1,[illegible]0	0,011		
5	M. Concetta	28	1,60	0.031		
6	T. Domenico	59	1,20	0,014	1,68	
7	C. Maria	34	2	0,034	1.65	
8	M. Giovanni	26	1,65	0,022	1.69	
9	C. Santa	20	2	0,025	1.73	
10	R. Angela	19	1,30	0,027	1,77	

TABELLA III.

Tipo medio.

N. d'ordine	Cognome e Nome	Età	Quantità di glucosio nel sangue gr. ‰	Quantità di acido urico nel sangue gr. %	Quantità di colesterina nel sangue gr. ‰	Osservazioni
1	C. Giovanni	32	0,70	0,0096	1,4	
2	C. Vincenza	43	0,60	0,0075	1,7	
3	O. Letteria	30	1,1	0,006	1,55	
4	S. Giuseppe	34	0,70	0,011	1,60	
5	R. Santi	27	1,2	0,004	1,4	
6	G. Antonino	27	0,69	0,012	1,2	

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

I risultati colpiscono sopratutto per il loro comportamento antitetico quasi costante nei due tipi antitetici morfologici distinti dalla scuola costituzionalistica italiana.

Nel tipo longilineo trovo, salvo una eccezione su 12 casi, valori bassi della glicemia a digiuno, mentre nel tipo brevilineo il valore del glucosio ematico è costantemente elevato sino alla cifra massima di 1.85 e 2‰, cifre che si confondono come è noto con quelle nettamente patologiche.

Per quanto riguarda l'acido urico trovo, tranne tre eccezioni su 12 casi, valori bassi. I tre casi anzidetti, in uno dei quali il valore era normale e gli altri due ipernormali,

appartenevano a famiglie sicuramente artritiche.

Nel tipo brevilineo l'acido urico presenta valori costantemente elevati che raggiungono da 10-20 e più volte il normale.

Infine per quanto riguarda la colesterina, mentre questa oscilla nel tipo longilineo intorno al valore normale senza superare mai tale valore, nei brevilinei invece è costantemente al di sopra del normale.

Nessun comportamento costante si è riscontrato in sei soggetti che dal punto di vista morfologico si avvicinavano più o meno al tipo medio, definito secondo il metodo Viola per una quasi giusta proporzione di sviluppo fra gli arti ed il tronco.

Ad ogni modo l'esiguo numero di questi casi mi consiglia di attendere maggiori ricerche prima di dedurre delle conclusioni al loro riguardo.

Potrei qui diffondermi in molteplici considerazioni sul significato e sul determinismo della ipoglicemia costituzionale; della ipouricemia e della ipocolesterinemia dei tipi longilinei, e rispettivamente della iperglicemia, iperuricemia ed ipercolesterinemia costituzionale dei brevilinei. Ma riservandomi tali considerazioni alla fine dello studio completo sulla chimica del sangue nelle varie costituzioni umane, mi contenterò di far rilevare la piena conferma che le mie ricerche apportano alla dottrina francese della disposizione dell'abito brevilineo, detto anche artritico, alla famiglia di malattie del ricambio il cui fondamento è o l'eccesso della glicemia o l'eccesso dell'acido urico o l'eccesso della colesterina (litiasi biliare, arteriosclerosi, forse anche obesità per i suoi rapporti con il metabolismo lipoide) e da altro canto la conferma che le mie ricerche portano alla dottrina della predisposizione dell'abito longilineo alla tubercolosi, nella quale deve, senza dubbio, avere una grande importanza, la povertà del sangue in colesterina, acido urico, glucosio.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ROMA.
1° REPARTO CHIRURGICO
diretto dal ten. Colonn. prof. SERAFINO RICCI.

Della cura dell'ascesso epatico amebico

per il cap. med. dott. ALBERTO CIOTOLA.

Insistere ancora sulla cura medica dell'ascesso amebico del fegato sembrerebbe cosa fuor di proposito, tanto ormai si è discusso ed accertato in proposito, se la costatazione che tale cura non è entrata nella pratica corrente, come deve entrare, non ci facesse ritenere non inutile un ulteriore contributo.

In tre serie di difficoltà c'imbattiamo infatti nell'esercizio ordinario circa il trattamento di tali forme morbose: la difficoltà della diagnosi, la scarsa fiducia nel solo trattamento medico in forme ritenute suppurative, il timore dell'uso dell'emetina a dosi terapeutiche.

Frequentemente una forma amebica può svilupparsi ed evolvere senza la classica sintomatologia dissenterica: esistono quasi sempre disturbi intestinali, ma questi sono di scarsa entità, qualche volta persino assenti, così che il criterio diagnostico s'indirizza difficilmente a tale forma morbosa.

Noi abbiamo nelle Colonie una fonte notevole di amebiaci ed anche nel bacino nostro Mediterraneo i casi non ne sono infrequenti, per cui molte forme morbose a sintomatologia oscura con febbri protratte e prolungate troverebbero la loro spiegazione tentando la ricerca dell'ameba o, se questa è impossibile, praticando senz'altro un trattamento emetinico. Tale cura infatti si è dimostrata, oltre che innocua, dotata di tale azione terapeutica specifica che nessun altro medicinale ne possiede l'eguale, neppure il chinino per la malaria, onde di una forma morbosa che resiste all'uso dell'emetina possiamo escludere con sicurezza l'origine amebica.

L'importanza dell'emetina per la cura della dissenteria amebica è già da tempo riconosciuta (1), ma quello che solo in questi ultimi anni è stato messo in rilievo, sovratutto per merito del Pontano, è l'azione caratteristica nei casi di ascessi epatici in cui si riesce colla sola emetina non solo a distruggere le amebe innicchiate nella parete, ma anche a prosciugarne il contenuto. Nella pratica corrente tale nozione, confortata ormai da numerosissime pro-

(1) ROGERS per primo praticò le iniezioni ipodermiche di Cloridrato di Emetina (1912), dopo averne dimostrato l'azione diretta sulle amebe. Il LA CAVA ne introdusse l'uso in Italia.

ve, non è riuscita ancora ad arrestare la mano del chirurgo per la convinzione ormai radicata che occorra sempre svuotare una raccolta ascessuale. Scorrendo infatti le riviste scientifiche e le relazioni di Congressi e di Società mediche non è difficile trovare ancora relazioni d'interventi operativi eseguiti in casi di ascessi epatici da amebe. E dato che tale ascesso non è provocato da vera suppurazione, ma è una semplice necrosi di origine protozoaria, varrebbe la pena di modificarne il nome tanto la denominazione di ascesso richiama l'idea del bisturi liberatore. Giustamente osserva il Pontano che, come non si penserebbe mai ad aggredire chirurgicamente una gomma da sifilide terziaria negli organi interni, così non si deve assolutamente aprire un ascesso epatico dissenterico.

Sulle dosi terapeutiche dell'emetina ancora non tutti gli autori sono d'accordo; alcuni affacciano eccessivi timori e ritengono che la dose media di 3.6 cg. *pro die* sia già tossica (Sidney, E. Simon), mentre è ormai dimostrato che si sopportano benissimo anche le dosi elevate di 12.15 cg. *pro die* per iniezioni ipodermiche, anche ripetute per parecchi giorni, senza alcun sintoma tossico. La sfiducia di alcuni autori nel trattamento emetinico deve appunto imputarsi alla scarsezza delle dosi usate assolutamente insufficienti. Si deve ritenere che in caso di ascesso epatico la dose di 12 cg. ripetuta per tre o quattro giorni e iniettata ipodermicamente a dosi di 3 cg. ciascuna sia sufficiente a far scomparire tutti i fenomeni acuti. È veramente impressionante l'azione rapida sviluppata dall'emetina: malati quasi cachettici, con febbri perduranti da mesi, risorgono in brevissimo tempo mentre la febbre ed il dolore cedono al secondo o al terzo giorno. Naturalmente a maggior sicurezza occorre dopo un certo tempo ripetere uno o due periodi di cura.

G. C., di anni 26, da Urbino, tenente del genio. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota; nel 1919 fu trasferito in Libia in servizio d'aviazione; contrasse malattia intestinale dopo qualche mese, con febbre irregolare e periodi di diarrea, per cui venne rimpatriato. Rientrato in Italia si ristabilì completamente e rapidamente.

Nel novembre 1920 fu di nuovo trasferito in Libia (Tripoli) ove prestò servizio per circa due anni senza soffrire alcun disturbo.

Nel novembre u. s., dopo un periodo di febbre irregolare, si manifestarono disturbi intestinali con diarrea scarsa e lieve dolenzia dell'addome. Ricoverato in Ospedale vi rimase degente fino al 27 gennaio u. s., perdurando la febbre a carattere continuo lievemente remittente: la forma morbosa fu variamente diagnosticata e curata successivamente come febbre intestinale infettiva, tifo, paratifo e malaria, pur essendo riuscite negative tutte le relative ricerche di laboratorio. Si manifestava inoltre una dolenzia continua alla regione epatica. Alquanto migliorato fu inviato in licenza a Roma. Qui la febbre riprese più violenta a carattere fortemente remittente, mentre la dolenzia epatica si accentuava anche nei movimenti respiratori. Comparve un lieve subittero. Le condizioni generali del paziente, già decadute, erano andate sempre più peggiorando, portandolo ad un notevole stato di denutrizione e di astenia generale. Il 20 gennaio u. s. il paziente viene ricoverato nel nostro reparto.

E. O. Individuo in grave stato di deperimento generale. Lingua leggermente patinosa. Il torace è leggermente svasato alla base di destra; con la percussione il bordo polmonare inferiore d. è a tre dita dall'angolo scapolare inferiore, si espande poco. Qualche sfregamento alla base destra.

Fegato: giunge in alto alla IV costola sull'emiclaveare, si palpa a 4 dita dall'arco costale sulla stessa linea, margine duro, palpazione dolorosa. Dolore vivo lancinante lungo la paravertebrale destra all'altezza del margine dell'ultima costola, il dolore s'intensifica nelle profonde respirazioni irradiandosi verso la scapola. Nulla a carico dell'addome. La milza appare ingrandita modicamente palpandosi nelle profonde inspirazioni.

Esame urine: albumina traccie minime, nulla di notevole nel sedimento.

Reazione di Wassermann: negativa.

Ricerca del parassita malarico: negativa. Nessuna alterazione apprezzabile di globuli rossi.

Siero reazione per tifo, paratifo, melitense: negativa.

Leucocitosi: 18000 leucociti. Formula: polinucleari 67 %, mononucleari 33 % di cui 23 linfociti.

Esame delle feci previa somministrazione di purgante salino: presenza di forme vegetative dell'ameba hystolitica.

Esame radiografico: sulla linea mammillare di d. zona rotondeggiante di opacità, di densità maggiore dell'ombra normale del fegato, che dalla VI costola si estende in basso fino a due dita sopra l'ombelicale trasversa.

Si fa diagnosi di ascesso epatico di origine amebica; non si procede a puntura esplorativa data la sede profonda.

S'inizia la cura emetinica per via ipodermica: 12 cg. al giorno in fiale da 0.03 (preparazione della Farmacia Centrale Militare di Torino). La febbre rimette il giorno seguente, cade completamente il terzo giorno per non più presentarsi. Il dolore scompare in pochi giorni, il fegato si riduce rapidamente di volume.

Il paziente si riprende a vista d'occhio, le condizioni generali rapidamente migliorano con senso di benessere.

Il 10 marzo 1923 si ripete l'esame radiografico: il fegato è ancora alquanto ingrandito; la zona intensamente opaca e sferica che si osservava qualche tempo addietro è scomparsa.

Il 24 marzo 1923 il paziente viene dimesso dopo aver praticato altri due periodi di cura emetinica. Le condizioni generali sono buone. È scomparsa qualsiasi dolenzia alla regione

epatica. Persiste ancora una lieve epatomegalia.

Il paziente è stato rivisto nel mese di giugno c. a. Gode perfetto stato di salute, è aumentato di circa 15 kg. di peso. La regione epatica è completamente indolente sia spontaneamente che alla pressione. Si palpa il bordo epatico all'arco costale liscio indolente.

Nulla di straordinariamente notevole nel nostro caso: la diagnosi s'imponeva ed era facile giungere ad essa anche senza il corollario delle varie ricerche di laboratorio che furono eseguite per la maggiore delucidazione della sindrome morbosa.

Che la malattia sia stata per tanto tempo misconosciuta non deve recar meraviglia, data la mancanza di una vera e propria sintomatologia dissenterica. L'amebiasi non va riassunta nel fatto acuto dissenteria, come comunemente credesi, essa può decorrere in modo essenzialmente cronica ed il quadro clinico presentarsi con diverse sindromi e con speciali complicazioni.

La reazione di Wassermann, che frequentemente è stata trovata positiva durante l'infezione e negativa ad infezione scomparsa (Pontano, Chauffard, Falzi), nel nostro caso era negativa.

La leucocitosi nel nostro paziente non era elevata (18,000), ed infatti nelle forme di amebiasi essa è modica e raramente elevata. In generale è stato notato (Rögers, Pontano, Falzi) che l'aumento dei leucociti è a carico dei mononucleati e specialmente dei linfociti, tanto che il Rögers dà a questo carattere un valore diagnostico per la natura amebica dell'affezione. Il nostro reperto morfologico confermerebbe tale supposizione.

L'esito straordinariamente fausto della cura, ottimamente sopportata dal paziente nonostante le gravi condizioni generali, dimostrano ancora una volta l'innocuità delle dosi abbastanza elevate dell'emetina.

BIBLIOGRAFIA.

Dopter. *Traitement de l'amébiase hépatique et intestinale par l'émétine*. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1913, n. 11.
La Cava. *La chemioterapia della dissenteria da amebe*. Pathologica, 1913, n. 113.
Pontano. Policlinico, Sez. Prat., 1918; Sez. Medica, 1918; Sez. Med., 1919; Sez. Prat., 1920.
Ganglio. Policlinico, Sez. Prat., 1919.
Rogers. *Fevers in the Tropics*, 1919.
Masson. *Manuale delle malattie dei paesi caldi*, 1921.
Falzi. Policlinico, Sez. Prat., 1922.
Simon E. Sidney. Journal of Amer. Med. Assoc., 1918.
Izar. Boll. Accademia Gioenia, Catania, 1921.
Giacobbe. Rivista medica, 1923, n. 1.
Lenormant. Presse Médicale, 1923, n. 12.
Vallardi. Policlinico, Sez. Prat., 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. Scuola di ostetricia e maternità di Novara.
Direttore: R. Costa.

La "reazione novocaino-formalinica di Costa" in alcuni gruppi di malattie.

Dott. Mario Bagliani, secondo assistente.

In una recente comunicazione preventiva alla Società Lombarda di scienze mediche e biologiche, il Costa riferiva di: «Speciali sostanze del sangue in stati patologici e nella gravidanza rilevate da una facile reazione» (1).

Ho creduto interessante lo studio del comportamento di tale reazione in alcuni gruppi di malattie, in rapporto al loro andamento clinico.

Descrivo anzitutto la reazione e le sue modalità, quali furono riferite:

Il reattivo è dato dalla novocaina sciolta in soluzione fisiologica nella proporzione del 2 %. Si mette un centimetro cubico e mezzo di tale soluzione in una piccola provetta e vi si aggiungono tre goccie di una soluzione di citrato di soda al 5 %; si lasciano cadere nella provettina tre goccie di sangue fatte uscire dal polpastrello di un dito e si capovolge la provettina stessa finchè il sangue si diffonda uniformemente nel liquido. Quindi si centrifuga fino a che tutti i globuli rossi vadano al fondo. Il contenuto della provettina dopo la centrifugazione deve essere limpido. (Si può anche non centrifugare e lasciare che i globuli rossi vadano al fondo da sè: in questo caso occorre che la provettina sia tenuta in ghiacciaia per circa dodici ore). Indi si aggiunge una goccia di formalina pura. Quando la reazione avviene, entro quindici minuti si forma un precipitato bene apprezzabile nella metà inferiore della provettina, grigio o grigio giallastro, che, col passare del tempo, si fa più intenso fino a formare una polvere bianca talvolta in quantità notevole, e che si deposita al fondo. Oltre i quindici minuti di tempo, specie dopo due o tre ore, una nube si forma pressochè in tutte le persone.

Particolari di tecnica. — Ho creduto utile anzitutto dar rilievo ad alcuni particolari di tecnica acciocchè la reazione desse risultato più preciso e sicuro.

È bene lavare il dito, dal quale si vuol far sgorgare il sangue, con etere; indi non raccogliere, dopo la puntura, la prima goccia, spesso emolizzata, ma le tre successive.

(1) Annali di ostetricia e ginecologia, n. 5, pag. 261, 1923; Riforma medica, 1923.

Un'altra precauzione consiste nell'aggiungere, nella stagione calda, alla novocaina, non solo tre goccie di citrato sodico, ma cinque ed anche più per evitare il rapido intorbidamento della colonna limpida del liquido, dovuto alla precoce formazione di fibrina.

Per la stessa ragione ho usata sempre la centrifugazione per cinque minuti; *ma a velocità moderata*: se si centrifuga velocemente può accadere che, ove il sangue abbia un alto potere di coagulabilità, la reazione compare diffusa in tutta la provetta e non dal basso verso l'alto. Ciò per il fatto che la formalina, ove vi sia coagulazione del liquido, invece di andare al fondo della provetta è trattenuta dal liquido coagulato a varia altezza.

Per vagliare l'importanza della reazione e del suo valore in rapporto allo stato morboso, sono addivenuto, in base a deduzioni cliniche e di laboratorio, a valorizzare la reazione secondo la sua intensità ed il tempo di comparsa.

La reazione è positiva quando nella provetta appare un intorbidamento ben visibile come può essere il fumo di una sigaretta nell'aria.

In quanto alla velocità con cui la reazione appare, si calcola il tempo in minuti primi e in minuti secondi, segnando con tre più, seguito dal numero dei minuti primi e secondi, le reazioni che compaiono da un secondo a 5 primi; con due più le reazioni che compaiono da 5', 1'' a 10'; con un più, le reazioni che compaiono da 10', 1'' a 15'; con un meno, seguito sempre dai minuti primi e secondi le reazioni che compaiono da 15', 1'' a 20'.

La velocità ed intensità di reazione resta quindi espressa così: + + + da 1'' a 5'; + + da 5', 1' a 10'; + da 10', 1'' a 15'; — da 15', 1'' a 20'.

Si è fissato come tempo massimo di positività quindici primi perchè in persone sanissime la reazione come un tenue velo appare dopo diverse ore, e in altre non sanissime, ma pur sane, è apprezzabile dopo quindici minuti o poco più.

Ancora è da tenere in considerazione la velocità con cui la reazione si propaga dal basso in alto, ed il colore della reazione, il quale quando essa è intensa diventa giallognolo.

Espongo brevemente i risultati delle mie osservazioni per gruppi di malattie, riserbandomi di trarre infine delle conclusioni che mi sembrano del più alto interesse.

In un caso di tifo la reazione ha seguito l'andamento clinico della malattia.
Inizialmente + + + 3', peggiora dopo pochi giorni + + + 2'; resta stazionaria per breve tempo e poi migliora gradatamente + + + 4'; + + 8'; + 12' seguendo passo passo il decorso clinico.

In quattrodici casi di pleurite la reazione in linea di massima ha seguito il decorso della malattia: difatti è peggiorata col peggiorare dei diversi casi; è migliorata col migliorare dello stato generale fino alla guarigione.

Però essa è stata più rapida nel comparire e più intenso si è notato l'intorbidamento in quei casi che clinicamente erano i più gravi.

Nella pleurite secca e monolaterale con versamento modico la reazione è comparsa in molto maggior tempo che nelle pleuriti complicate con fatti catarrali.

Nelle pleuriti a versamento bilaterale o monolaterale ma con liquido, imponente e in cui l'ammalato era fortemente dispnoico la reazione ha dato risultati in + + + 2'; + + + 1'.

In sette di questi 14 casi si sono avute complicazioni e precisamente:

A. R. Pleurite bilaterale + + + 2'. Il miglioramento clinico non è seguito dal migliorare della reazione, anzi questa peggiora + + + 1', 30'', prima che si riscontrino a carico degli alveoli fatti umidi, resisi evidenti due giorni dopo con fini crepiti. (L'esame dello sputo risultò negativo per il bacillo di Koch). In seguito migliorarono i sintomi clinici e parallelamente la reazione comparve in tempo sempre maggiore + + 6'; + 14'; l'intorbidamento andò man mano attenuandosi.

S. M. Pleurite essudativa destra: La reazione peggiora per complicazione catarrale pure a destra.

D. N. Pleurite essudativa destra + + + 1'. Versamento imponente, dispnea: reazione + + + 50'' che migliora nei primi giorni + + + 2', 30''; poi improvvisamente la reazione peggiora in quattro giorni fino a + + + 40'' e contemporaneamente si rinnova il versamento e la dispnea. Puntura esplorativa: Liquido citrigno, limpido. Le condizioni cliniche cinque giorni dopo sembrano stazionarie, la reazione peggiora ancora + + + 30''. Nuova puntura esplorativa, si estrae pus. Si noti che clinicamente nulla poteva far pensare ad un empiema.

D. A. Pleurite essudativa sinistra + + + 4'. Clinicamente migliora, la reazione non migliora + + + 2', 30''; si rilevano più tardi poi fatti catarrali a carico del lobo superiore di destra. In seguito col migliorare della reazione migliora tutto il quadro morboso.

E. V. pleurite essudativa sinistra + + + 2' che peggiora in cinque giorni a + + + 1': anche a destra si è formato versamento. La reazione va poi migliorando a grado a grado col lento riassorbimento del liquido e col lento migliorare dello stato generale.

A. M. Pleurite essudativa bilaterale + + + 3'; sette giorni dopo + + + 1'. 30'' malgrado clinicamente migliori. Quattro giorni dopo, brividi violenti, dolori puntori a destra, ottusità, soffio bronchiale, il quadro di una polmonite: reazione + + + 30''. Lentamente migliora in seguito la reazione per tempo ed intensità d'intorbidamento col migliorare di tutto il quadro clinico.

V. T. Pleurite essudativa destra. Versamento imponente dispnea + + + 30''; dodici giorni dopo + + + 2', 30'' anche clinicamente migliora.

Otto giorni dopo + + + 1'; clinicamente il liquido è pressochè scomparso. Due giorni dopo clinicamente si constata che si è riformato il versamento.

S. S. Bronco polmonite destra + + + 50''. Undici giorni dopo + + + 28''. Clinicamente la polmonite non si risolve, vi è versamento alla base di destra. Lentamente migliorano i sintomi e lo stato generale, pure lentamente migliora la reazione.

C. F. Polisierosite + + + 3'. Improvvisamente insorgono dolori addominali, diarrea, la reazione peggiora + + + 2', ma tre giorni dopo le condizioni tornano come prima, reazione + + + 3'.

In sette casi di reumatismo articolare acuto la reazione è violenta più o meno a seconda della entità del quadro morboso da + + + 20'' a + + 6'. I casi complicati da albuminuria sono quelli che danno reazione più rapida e violenta, e migliorano più lentamente. Due casi complicati da endocardite ed albuminuria: reazione rapida ed intensa più che in tutti gli altri + + + 20'', + + + 30''; più lentamente migliora come più lentamente migliora il quadro clinico.

In due casi di appendicite, la reazione ha seguito nettamente il decorso clinico. In uno si è dovuto intervenire chirurgicamente per raccolta di pus retrocecale: reazione + + + 35''. Sei giorni dopo e dodici giorni dopo la operazione reazione + + + 5'; + 13' rispettivamente. Pochi giorni dopo la reazione peggiora a + + 7' per una ripresa febbrile e in seguito restando molto torpido il granulare della ferita la reazione migliora lentissimamente.

Nell'altro caso + + + 1' venuto a guarigione colla sola cura medica, la reazione ha seguito il miglioramento iniziale + + 6' per peggiorare improvvisamente a + + + 40'' nel riacutizzarsi del processo. In seguito è migliorata parallelamente al migliorare di tutto il quadro clinico.

In tre casi di empiema la reazione era violentissima + + + 21''; + + + 30''; + + + 22''. Dopo la costotomia è migliorata in due casi a + + + 2'; + + + 1'.30'' e mano mano è andata sempre migliorando con i sintomi. Solo in un caso, piopneumo-torace la reazione, dopo la costotomia, non è mai migliorata ed è rimasta costantemente sui + + + 30''. Ma improvvisamente ventidue giorni dopo l'operazione, malgrado il quadro clinico precipitasse, non è più peggiorata, anzi si è attenuata talmente da accennarsi appena in 15'. Il paziente dopo cinque giorni moriva.

La reazione aveva segnalato che i poteri di reazione dell'organismo si erano affievoliti.

Lo stesso fatto si è notato per due casi di tubercolosi grave a decorso rapido.

R. M. (T. B. C.). Reazione + + + 1', in seguito + + + 50''; poi + + + 30''. Tre giorni prima del decesso, malgrado le condizioni gravissime, la reazione si è attenuata ed è apparsa come un tenue velo in 13'.

A. P. (T. B. C.). Reazione + + + 1'; poi + + + 20''. = Cinque giorni prima della morte la reazione si è attenuata ed è comparsa in 14'.

Il primo fatto saliente che risulta dal complesso delle esperienze fatte e che ho succintamente esposte è che: la reazione è rapidissima, istantanea si può dire, nei periodi più acuti dei processi morbosi.

Di fatti nelle polmoniti, nelle pleuriti a versamento imponente, negli empiemi; nella appendicite, nell'infezione puerperale; nel reumatismo articolare acuto, nella tubercolosi ad evoluzione rapida, la velocità di comparsa della reazione si calcola in secondi, mentre l'intorbidamento va via via intensificandosi velocemente, così che in un minuto primo, ed anche meno, ne è presa tutta la provettina. In questi casi più gravi il colore del precipitato di reazione è giallognolo.

A processo morboso lieve, corrisponde una reazione lenta nel comparire e l'intorbidamento non è molto intenso, però è sempre bene apprezzabile e contenuto nei limiti di tempo fissati: sono pleuriti secche o con versamento modico, semplici bronchiti o catarri bronchiali, reumatismo articolare lieve, ecc. Un altro fatto di notevole importanza è che tanto nei processi gravi come nei meno gravi la reazione segue nettamente l'andamento clinico, migliorando col migliorare dei sintomi e dello stato generale. In questo caso il tempo di comparsa si prolunga gradatamente e l'intorbidamento giallognolo, già diffuso a tutta la provetta, si attenua via via per divenire grigio, poi azzurrognolo, e si limita infine alla parte inferiore della provettina come un anello.

Caratteristico è il modo con cui appare lo intorbidamento quando il processo infettivo, raggiunto il suo acme, incomincia la parabola discendente. Mentre l'intorbidamento avviene, in un certo tempo, in tutta la provetta quando il processo morboso è in piena attività, se questa diminuisce, l'intorbidamento si manifesta bensì nel medesimo tempo, ma non si diffonde in tutto il liquido, resta invece circoscritto a metà della provetta. Ciò può essere osservato ove si pratichino prove quotidiane.

Negli stati preagonici la reazione non si accompagna più all'aggravarsi dei sintomi; ma si attenua: compare cioè solo dopo parecchi minuti e come un tenue velo; il che, verosimilmente, è in rapporto all'affievolirsi del potere di reazione dell'organismo.

Ma di somma importanza è il comportarsi della reazione nei processi acuti complicati o in quelli che, già in via di miglioramento, improvvisamente si riacutizzano.

Nei processi complicati la reazione è più rapida e violenta che non in processi analo-

ghi non complicati, ed il suo attenuarsi è più lento, come meno rapido è lo spegnersi ed il guarire dell'infezione.

Se la reazione già stazionaria per tempo di comparsa, intensità di intorbidamento, improvvisamente si accentua, ciò è indice di una complicazione che non tarderà a manifestarsi anche se per il momento nessun sintomo clinico la faccia sospettare.

E più ancora: se ad un miglioramento dei sintomi consegue un peggioramento della reazione, ciò significa che l'ammalato si aggraverà anche se, ancora per breve tempo, i sintomi clinici continuino ad illuderci nel miglioramento.

È quindi di grandissimo interesse possedere una reazione la quale segnali precocissimamente l'aggravarsi della malattia e richiami così prontamente la nostra maggiore attenzione sul malato.

Scendendo dalle linee generali a qualche accenno particolare che riguarda una forma di alto interesse, la sifilide, dirò che in essa la reazione novocaino-formalinica è lenta e non più presente quando la Wassermann può essere positiva.

Però, in un caso di aneurisma dell'arco della aorta che migliorava con iniezioni di bismuto e in cui la Wassermann ripetuta risultò negativa, la reazione era presente.

Si aggiunga tuttavia che la compressione esercitata dall'ectasia aortica sui polmoni dava stasi e catarro bronchiale.

La reazione praticata un giorno o due dopo l'iniezione di arseno-benzolo endovenosa compare in un tempo molto minore, circa la metà, di quello che appare subito prima dell'iniezione. Il tempo e l'intensità di reazione tornano quattro o cinque giorni dopo l'iniezione ad essere come prima o migliorano di ben poco.

Nei casi puri, non sottoposti mai a cura alcuna, dopo la prima iniezione la reazione migliora rapidamente e si comporta in questo modo: la reazione avviene prima dell'inizio della cura in pochi minuti, due o tre.

Praticata una prima iniezione endovenosa, fatta la prova il giorno seguente, la reazione appare in più di 10'; dopo le successive iniezioni, se la prova è fatta nel primo o secondo giorno dal trattamento terapeutico il tempo di comparsa si dimezza; nei giorni susseguenti (terzo, quarto, ecc.) torna a rendersi evidente in dieci o dodici primi. Ossia la reazione migliora rapidamente dopo la prima iniezione per comportarsi in seguito come negli altri casi in cui la terapia è già stata cominciata.

* * *

In conclusione la reazione novocaino-formalinica di Costa ha importanza per questi fatti:

1° Mette, con estrema facilità, in evidenza corpi legati a manifestazioni infettive o tossiche.

2° Tali corpi sono più copiosi e meglio dimostrabili quanto più è grave il processo morboso, fatta eccezione degli stati preagonici, dove essi sono in notevole diminuzione.

3° Detti corpi diminuiscono, cioè si attenua la reazione, quando la malattia migliora. Per cui l'intensità della reazione segna esattamente il decorso della malattia.

4° Modificazioni nel decorso della malattia sono precocemente rilevate dalla reazione di Costa ancor prima che ciò sia indicato da sintomi clinici. Ne consegue che se la reazione aumenta di intensità essa ci premonisce dell'aggravarsi o del riacutizzarsi dell'affezione anche se in apparenza il decorso della malattia sembri buono, e richiama con ciò una nostra maggior attenzione sul malato.

5° Il valore prognostico della reazione è quindi grande e ci permette di controllare il decorso della forma infettiva o tossica, indipendentemente dal rilievo dei sintomi, rilievo che può essere sempre soggetto ad errori di apprezzamento individuale. Solo quando la reazione di giorno in giorno si attenua si può essere sicuri del miglioramento del malato.

6° La reazione novocaino-formalinica è un sicuro controllo dell'efficacia della terapia.

7° La reazione positiva svela malattie latenti o dissimulate. Negativa contribuisce fortemente alla diagnosi dello stato di salute e può rivelare eventuali simulazioni. Potrà quindi la reazione di Costa assurgere ad alta importanza anche nel campo medico-legale; tanto più se si tien conto che, data la sua grande semplicità e facilità, è alla portata di tutti.

CONFERENZE.

Quale significato deve avere la ipertensione per il medico pratico.

(FEDERICO MÜLLER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1923, 1).

In questa conferenza tenuta a un corso di perfezionamento, l'A. inizia passando in rivista le diverse teorie emesse per spiegare il meccanismo di produzione della pressione arteriosa, dalla teoria cardiaca, a quella aortica, a quella arteriosa, e infine alla teoria capillare. Ricorda come non possa ammettersi che la pressione arteriosa rappresenti e misuri il lavoro cardiaco, in quanto essa esprime solo le resistenze che il sangue incontra nel sistema arterioso, tanto nell'afflusso, quanto nel deflusso. Ora è risaputo che la caduta di pressione è piccola e quasi insignificante nel tratto che va dal cuore alle arterie di medio calibro, mentre è massima nel tratto che sta fra i capillari e il sistema venoso.

Alla attività dei capillari deve essere principalmente attribuita la genesi e ancor più la regolazione della pressione sanguigna. Infatti, tanto escludendo grossi territorii arteriosi, come, p. es., quelli degli arti, quanto provocando notevoli modificazioni vasomotorie nei territorii vasali dei muscoli (p. es., mediante la fatica) non si riesce ad ottenere che piccolissime variazioni di pressione e mai oltre i dieci mm. di Hg.; invece notevoli modificazioni si verificano nella pressione quando intervengano alterazioni a carico della circolazione capillare, specialmente in determinati territorii, come quelli dello splancnico. Questo fatto ha una nuova interpretazione dalle ultime ricerche sulla fisio-patologia dei capillari, le quali dimostrano nei capillari non già una funzione passiva, ma una serie di vere e proprie attività, le quali si esplicano con aspetti diversi. Per esempio, studii di Krogh dimostrano che esistono due ordini di capillari: dei *capillari primarii* entro i quali il sangue scorre normalmente, e dei *capillari secondarii*, i quali entrano in funzione solo in determinate condizioni, aprendosi solo in queste alla circolazione sanguigna. Non solo, ma non tutti i territorii capillari hanno la medesima importanza nella regolazione della tensione sanguigna. Scarsissima è talora l'influenza dei capillari cutanei: p. es., durante il brivido malarico l'aumento della pressione sanguigna è minimo, per quanto notevole sia la costrizione dei capillari cutanei; d'altronde esistono delle ipertensioni arteriose che non si accompagnano ad aumento della pressione capillare cutanea (alla lunula epiungueale Kylin).

Nelle ipertensioni permanenti sono talora dimostrabili diminuzioni nel lume delle arterie degli organi; però questo è un reperto non costante. Più frequente è il reperto di una *iperplasia delle tonache muscolari arteriose*, la quale non è un fatto secondario a un aumento della pressione endoarteriosa, in quanto un aumento della pressione endoarteriosa dovrebbe portare a una dilatazione passiva delle tonache vasali, dilatazione passiva la quale non può mai esser causa d'un aumento del tessuto contrattile; invece una iperplasia sta a dimostrare un aumento della funzione delle tonache muscolari, un aumento cioè della loro contrazione attiva; siamo così al concetto di Huchard della «presclerosi». La ipertensione deve esser considerata come un fatto puramente funzionale; e ce lo dimostra la instabilità dei suoi valori in uno stesso malato nel sonno e nella veglia, in giorni diversi e perfino in ore diverse della giornata (Fahrenkamp, Kylin).

Non vi è alcun rapporto causale fra ipertensione e arteriosclerosi: questi due fatti possono facilmente accompagnarsi fra loro, forse come espressione contemporanea delle stesse cause.

Non si è autorizzati a fare della ipertensione una forma clinica a sè: la ipertensione è solo un sintoma il quale si può accompagnare ai quadri morbosi e agli aspetti clinici più disparati e può dipendere dai momenti causali più diversi. La causa della ipertensione non è unica; è falso che essa esprima sempre una lesione glomerulare del rene; vi sono ipertensioni permanenti in individui che non presentano alcuna alterazione funzionale o anatomica del rene.

Sono da tempo conosciuti i rapporti fra ipertensioni e ipertrofia della prostata, malattie dei bacinetti, calcolosi renali, ecc.: anzi il valore massimo di pressione arteriosa osservato dall'A. (340 mm. di Hg. al Riva-Rocci) si riferisce a un caso di pionefrosi ascendente. Non dimostrabile è pure la ipotesi che la ipertensione derivi dalla ritenzione di determinate sostanze, quali il cloruro di sodio, l'urea, l'azoto residuo del sangue, l'acido urico, la creatinina, ecc. Vi sono casi in cui la ritenzione di queste sostanze è massima, senza che venga ad esser modificata la pressione arteriosa.

Non dobbiamo invece dimenticare il fattore ereditario, specialmente associato alla diatesi artritica e gottosa. Anche il mioma uterino è un importante coefficiente di ipertensione; a questo proposito è interessante il fatto che

mentre la cura chirurgica del mioma determina la scomparsa della ipertensione, questa permane quando si usi la radioterapia, anche quando questa allontani tutti gli altri disturbi. A che cosa sia realmente dovuta questa azione ipertensiva del mioma uterino, non si può dire. Le riproduzioni sperimentali di essa col mezzo di estratti del tumore sono riuscite negative. Altri fattori debbono considerarsi anche nelle secrezioni interne. Ricordiamo le ipertensioni negli ipernefromi, e quelle ultimamente descritte da AA. americani nelle disfunzioni tiroidee.

Sul solo sintoma della ipertensione non si può e non si deve formulare una prognosi; la prognosi è diversa caso per caso.

Altrettanto dicasi per la terapia. È illogico quel medico che di fronte a ogni ipertensione usa mezzi ipotensivi; farebbe come quello che in ogni febbre intervenisse con antitermici. Anzi, la esperienza insegna che mentre alcuni degli ipertesi hanno il maggior sollievo quando venga a diminuire la pressione arteriosa, molti altri dalla ipertensione non hanno disturbi, anzi questi intervengono proprio quando si tentino mezzi terapeutici ad azione ipotensiva.

È illogico controindicare assolutamente la digitale negli stati ipertensivi. Quando questi si accompagnino a scompenso e ancor più ad asistolia, la digitale deve essere somministrata, sempre con prudenza. Negli scompensi ipertensivi vediamo con la digitale diminuire la ipertensione, legata anche ad eccitazione dispnoica dei centri vasomotorii.

Fra i medicamenti più usati, la caffeina e la teobromina sono molto consigliabili. È un errore proibire il caffè o il tè; mentre devono essere assolutamente proibiti il fumo e il vino.

Allo iodio fu ascritta un tempo una notevole importanza ipotensiva, poichè si ammetteva intervenisse, diminuendo la viscosità del sangue. Invece una diminuita viscosità sanguigna non modifica gran che la pressione, come non la aumenta la aumentata viscosità del sangue nella policitemia rubra. Di più, la esperienza clinica non mostra alcun buon effetto dalla somministrazione di preparati iodici, mentre la eliminazione dello jodio attraverso un rene malato non riesce del tutto innocua. Volendo usare lo jodio, lo si dia a piccole dosi.

Nella ipertensione degli artritici e dei gottosi si usa con successo l'Atophan. La cura dietetica della ipertensione, alla quale gli AA. americani annettono tanta importanza, può essere tentata, per quanto neppure questa non deve essere considerata come una terapia causale. In questi anni di denutrizione, in Germania, non si osserva affatto una diminuzione dei casi di ipertensione. La iperalimentazione non deve venir considerata come momento patogenetico della ipertensione.

Dato che grande valore ha il fattore nervoso, l'iperteso deve essere allontanato dal suo ufficio, quando questo comporti sforzo intellettuale: deve vivere in una atmosfera di pace e di tranquillità: gli deve essere consigliato anche lo sport in maniera adatta e moderata.

La vecchia terapia del salasso non deve venire abbandonata. In pratica si vede che essa dà effetti molto maggiori e più duraturi di quelli che non vengono generalmente ammessi: una terapia adatta di salassi può allontanare stati gravi apparentemente irreducibili e indurre effetti veramente importanti.

In ogni caso la ipertensione non costituisce mai una controindicazione a un intervento chirurgico.

MELDOLESI.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

La nefrectomia contemporaneamente trans ed extraperitoneale.

(F. OEHLECKER. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, Bd. X, 1922).

Le vie di accesso al rene sono molteplici: numerose le incisioni che disposte diversamente variano da quelle parallele alla colonna vertebrale (Simon) fino a quella trasversale di Péan. Mentre per lo più si raggiunge il rene posteriormente, dalla via lombare, Krönlein ha proposto nei grossi tumori renali, una incisione pararettale e Hoffmann poi, vorrebbe considerata tale via come il processo corrente, idea che naturalmente non può esser condivisa da tutti. Ad ogni modo tutti questi processi che hanno la caratteristica di essere extraperitoneali o che terminano sempre con l'esclusione della cavità peritoneale sono da contrapporsi alla nefrectomia transperitoneale, la quale offre da parte sua dei vantaggi indiscutibili. Infatti è facilitata l'allacciatura del peduncolo, ed è possibile una migliore ispezione sulle condizioni e sui rapporti anatomici del rene, i quali vanno naturalmente perduti quando si lussi quest'organo all'esterno per la via lombare. Così questa via agevola l'estirpazione delle glandole linfatiche, permette la compressione della aorta e quando e dove occorresse l'esame delle condizioni del rene op-

posto. Ma bisogna esser padroni di questa tecnica la quale può e deve servire solo in casi di speciale necessità. Quando occorra aggredire il rene transperitonealmente e si ritenga indispensabile escludere la grande cavità peritoneale, si procede normalmente in questo modo: aperto l'addome si incide il peritoneo parietale posteriore 1-2 dita trasverse all'esterno del colon e lo si distacca fino a scolpirne due lembi uno esterno ed uno interno che vengon tratti con pinze fino alla breccia anteriore. Così il rene raggiunto dal davanti e transperitonealmente rimane escluso dalla cavità peritoneale, mentre il tragitto che permette di raggiungerlo, è rappresentato temporaneamente da un cilindro di peritoneo.

Chiudere poi la parete addominale per prima costituirebbe un intervento ideale, ma è raramente eseguibile, cosicchè di solito si preferisce drenare dal davanti o lateralmente il cavo residuo. Ad ogni modo si provocano troppo facilmente briglie, ed aderenze che possono essere la causa di disturbi di canalizzazione intestinale. Ad evitare questo pericolo è stato consigliato (Poncet) di suturare i margini dei lembi del peritoneo posteriore al perineo dell'incisione pararettale ed eseguire poi la vera operazione, ma in questo modo il cavo residuo è cospicuo e vasta l'incisione necessaria. Opportuna quindi è la proposta dell'autore di eseguire la nefrectomia come egli pratica da anni in speciali circostanze, nel modo seguente: i primi tempi sono eguali al metodo precedente: s'incide cioè la parete addominale sulla pararettale e il peritoneo parietale posteriore alcuni centimetri all'esterno del colon (ascendente o discendente secondo i casi); poi, mentre il foglietto esterno è lasciato in situ si distacca e si scolla quello interno secondo una linea a concavità esterna i cui estremi vengono suturati ai punti estremi dell'incisione addominale. Con una sutura a sopraggitto, è possibile facilmente restringere la grande cavità peritoneale escludendone un'ampia zona retrostante. Si procede poi all'operazione che rimane definitivamente e preventivamente extraperitoneale. Terminato l'intervento si tampona o meglio si drena posteriormente per via lombare il cavo residuo, mentre il colon si addossa e si adatta, restringendolo su quello spazio che costituisce una cavità extraperitoneale postero-laterale. In questo modo è possibile suturare per prima la parete addominale, senza lasciar setti nè la predisposizione a laparoceli. Malgrado tale via abbia costituito una grande risorsa sopratutto per i reni pelvici nei quali l'intervento dalla via posteriore avrebbe offerto grandissime difficoltà tecniche, l'autore giustamente conchiude come bisogna riservare questo metodo solo a casi di necessità opportunamente studiati.

E. MINGAZZINI.

La litiasi vescicale dopo la prostatectomia soprapubica.

(CARAVAN e LAURDEL. *Journal d'Urologie*, n. 2, tome XIV, 1922).

Gli AA. si servono di tre casi in cui, praticata la prostatectomia soprapubica, si manifestò la calcolosi, per fare delle considerazioni sulla patogenesi della calcolosi secondaria. Anzi tutto ricercano la frequenza di tale complicazione, che è stata molto variabile ed in genere con percentuale molto bassa.

Gli AA., p. es., su 213 operati la riscontrarono 2 volte solamente. Per spiegare il rapporto tra la prostatectomia e la genesi dei calcoli, facendo tesoro di tutte le osservazioni fatte anche da altri chirurgi, gli AA. credono opportuno raggruppare tutti i casi in tre classi, e cioè:

1) quelli in cui l'operazione era o sembrava nettamente responsabile della produzione dei calcoli;

2) quelli in cui l'operazione non era punto da incolpare;

3) quelli in cui la genesi era discutibile.

Nel primo gruppo mettono tutti quei casi in cui l'operatore ha commesso un errore o ha compiuto perfettamente l'intervento. L'errore operatorio può consistere in una prostatectomia incompleta (come nei casi di Dittel, Rochet e Gayen).

In altri casi durante l'operazione si possono dimenticare dei tamponi, delle compresse o frammenti di esse, dei fili che sarebbero la causa determinante del calcolo. Gli AA. hanno osservati 4 casi, il Maryon uno in cui il calcolo si era sviluppato intorno ad un tampone rimasto in vescica. In un altro caso osservato da Gayen il calcolo si era formato intorno ad un filo, probabilmente poco serrato, che si era internato nella cavità vescicale formando così come una stallattite appesa alla parete anteriore della vescica.

In alcuni casi, quantunque l'operatore abbia agito correttamente, l'aver lasciato una cavità normale comunicante nel tempo stesso con la pelle e con la vescica può esser causa di calcolosi, come nell'osservazione di Loumeau, in cui sul tragitto della fistola esisteva una vasta raccolta uro-purulenta e dalla quale furono estratti, tre anni dopo la prostatectomia, tre grossi calcoli di fosfati. Oltre

questa sacca paravescicale occorre ricordare anche quelle sottovescicali che provengono dalla persistenza della loggia di enucleazione della prostata, in cui molto facilmente si formano dei calcoli. In altri casi i calcoli sono dovuti a lesioni renali o vescicali preesistenti. Alcune volte è discutibile il decorso post-operatorio.

Nei casi in cui vi era fistola ipogastrica, gli AA. si domandano se la formazione del calcolo era dovuta alla presenza della fistola stessa o se era il calcolo che determinava la persistenza della fistola. In un paziente operato da Legueu per fistola ipogastrica persistente da 5 anni dopo la prostatectomia, un anno dopo l'intervento si riformò il calcolo.

Spesso si può invocare come causa predisponente alla formazione del calcolo il difettoso drenaggio vescicale, come nelle osservazioni di Cauterman ed Herescon.

Il Goldmann propone per ovviare a questi inconvenienti l'irrigazione continua per 5-6 giorni, fino a che l'urina non sia più sanguigna. È infatti evidente che i lembi di mucosa vescicale o uretrale, i frammenti di tessuto periadenomatoso lacerati che vanno incontro a necrosi, i coaguli sanguigni possono essere punto di partenza per la formazione del calcolo. Gli AA. in un primo tempo non mettevano punto il drenaggio dopo la prostatectomia, ma si limitavano ad una medicatura a piatto che si rinnovava spesso. Così facendo, siccome i muscoli retti si ravvicinano presto, il drenaggio era insufficiente e si formavano incrostazioni fosfatiche grigiastre intorno alla ferita operatoria. Tornarono, quindi, all'uso sistematico di un buon drenaggio.

Il fattore più importante nella genesi dei calcoli è la cistite incompletamente guarita.

Il tempo in cui si manifestano i calcoli dopo la prostatectomia è oscillante da qualche mese a 2, 5, anche 7 anni. Il volume come pure la forma sono variabili. I calcoli prostatici assumono, in genere, la forma della loggia in cui si trovano innicchiati.

Quanto alla sede circa due terzi sono vescicali, situati dietro il collo, in un terzo si riscontrano nella loggia prostatica; raramente sono vescico-prostatici.

Gli AA. su 54 osservazioni riscontrarono 36 casi di calcoli vescicali, 16 di calcoli prostatici e due di calcoli vescico-prostatici. I sintomi che mettono in guardia sulla presenza di calcoli dopo la prostatectomia sono rappresentati anzi tutto dal decorso anormale post-operatorio: le urine sono torbide o fetide, vi è febbre, la ferita ipogastrica si presenta di colore grigiastro, la vescica si vuota male, esiste un residuo dai cento ai duecento centimetri cubici. Dopo 1 o 2 mesi la frequenza delle minzioni, i dolori, la piuria e qualche leggera ematuria fanno sorgere il sospetto della presenza del calcolo.

Alle volte però il decorso può variare nel senso che dopo un periodo di relativo benessere e di quiescenza dei sintomi le urine si fanno torbide, la minzione frequente, e con l'esploratore si riscontra il calcolo. L'ematuria si osserva raramente; per la diagnosi gli AA. ricorrono all'esploratore vescicale o alla esplorazione rettale, alla cistoscopia quando è possibile o alla radiografia con sostanze opache o riempendo d'aria la vescica. Nel maggior numero dei casi dopo la litrolisia e la epicistotomia i malati guariscono purchè si pensi a curare la cistite e si faccia un trattamento profilattico accurato. Se il calcolo si riproduce, gli AA. consigliano di ricorrere o alla dilatazione del tramite fistoloso, se ancora persiste, o alla perineotomia, come nei casi operati da Ward e Thèvnot, o alla litotrisia, se i calcoli per la loro composizione sono facilmente friabili, non sono aderenti alla cicatrice operatoria, non sono diverticolari, non esistono frammenti di adenomi o se la fistola che persiste è poco importante.

Riassumendo, gli AA. consigliano la litotrisia nei casi in cui i calcoli sono liberi, la vescica è in buona condizione e l'uretra si presenta quasi normale; l'epicistotomia nei casi in cui i calcoli sono sospesi, diverticolari, la vescica è molto irritabile, la suppurazione è abbondante.

Quando i calcoli sono prostatici o vescico-prostatici, la litotrisia, se possono essere facilmente ricacciati in vescica, altrimenti l'epicistotomia.

T. LAURENTI.

Sulla formazione di calcoli renali nelle prime settimane di vita.

(Prof. FEDERICO KÖNIG, direttore della Clinica chir. dell'Ospedale Luitpold di Würzburg. *Münchener Medizin. Wochenschrift*, 6 ottobre 1922).

L'Autore parla di un caso estremamente raro di calcolosi renale in un ragazzo, figlio di un medico, che dalla nascita fino a 17 anni, età in cui fu operato, fu soggetto di osservazione del padre e di un altro medico. Fin dalle prime settimane di vita presentò irrequietezza e tenesmo vescicale e ad 11 mesi emise con le urine un calcolo della grossezza di un grano di canapa. Successivamente presentò urine torbide contenenti albumi-

na, leucociti e fosfati, alterazioni ritenute conseguenza di calcolosi renale. Continuando sempre tali disturbi, nel 1917 alla radioscopia fu constatata la presenza di un ammasso di concrezioni nel rene sinistro. Solo nel 1919 fu operato dall'autore: il rene stava al di sotto dell'arcata costale e faceva palpare dei calcoli attraverso la parete in parte assottigliata e la pelvi renale. Fatta la nefrotomia il polo superiore del rene risultò completamente atrofico, la parte centrale meglio conservata. Urine torbide non purulente; 14 calcoli di diversa grandezza tolti dal calice e dalla pelvi; dall'uretere uno della grossezza di un seme di dattero; la pelvi renale allargata.

La guarigione si ebbe in tre settimane. Il paziente dopo 3 anni era ancora pallido, non presentava più nè dolori nè tenesmo vescicale: urina limpida senza albumina, contenente fosfati e fosfati acidi di ammonio. I calcoli conservati sono grigi biancastri, levigati, friabili.

La maggior importanza è rivolta dall'autore allo sviluppo dei calcoli, durata dalla nascita fino a 17 anni. Pur conoscendosi nei primi anni di vita secrezioni di acido urico, l'autore, insieme col prof. Rietschel, nota la estrema rarità della calcolosi renale. Ma è molto facile ed è accaduto molto spesso confondere questo caso con l'infarto di acido urico dei neonati.

L'autore ricorda a questo proposito che Küster ed Ebstein ritenevano che l'infarto di acido urico, che si trovava nella metà dei cadaveri di neonati, sia da considerarsi come la formazione di calcoli nei bambini. Küster dice anche che l'inizio dei calcoli renali dell'età avanzata è da ricercarsi nei primi anni di età ed egli è propenso a metterlo in relazione con l'infarto di acido urico.

Ritornando al caso riferito dall'autore, l'esame del calcolo emesso ad 11 mesi e di quelli estratti con la nefrotomia, ne ha fatto escludere l'origine urica per la loro natura di fosfati e di carbonati. Bisogna perciò concludere che la calcolosi renale, benchè appaia nei primi anni di vita, non è da riportarsi alla formazione dell'infarto di acido urico nei neonati e che vi possono essere in tale epoca calcoli di natura non urica. L'autore avverte di non cadere nell'eccesso opposto, cioè di negare ogni importanza all'infarto di acido urico, ma consiglia prima di fare una diagnosi etiologica, di esaminare accuratamente la natura dei calcoli. Secondo l'autore i calcoli del ragazzo sopracitato avrebbero come causa etiologica delle secrezioni costituzionali; secondo la moderna teoria nell'orina vi sarebbero disciolte delle sostanze colloidali secrete dal rene; se questa secrezione è diminuita, le sostanze cristalloidi precipitano per stasi e per la presenza di albumina, e si formano delle concrezioni.

Vi sono anche delle anomalie costituzionali, a cui l'autore ascriverebbe anche il suo caso.

Arnaldo Ascarelli.

Un caso di tumore primitivo dell'uretere (fibroepitelioma papillifero benigno).

(Henrique Baettos. *A Medicina Contemporanea*).

L'A. passando in rivista la letteratura non ha trovato che 21 casi di tumori primitivi dell'uretere pubblicati fino al 1914, oltre il caso di Quenby del 1920. Essi sono: 9 casi riportati da Albarran e Umbert, 9 riportati da Jeanbrau e 3 citati dal Richter. Aggiungendo altri casi pubblicati come tumori dell'uretere, si giungerebbe a una trentina; ma o mancano di dati anatomo-patologici sicuri, o si tratta di tumori del bacinetto che avevano invaso l'uretere.

L'A. a proposito di un caso pubblicato dal Legueu sottopone a lunga critica il trattamento operativo a cui il paziente fu sottoposto. Si trattava di un malato in condizioni generali ancora buone, senza alcun segno di intossicazione generale, che all'atto operativo dimostrava un rene molto voluminoso uroematonefretico, e aprendo il bacinetto dimostrava delle vegetazioni papillomatose provenienti da l'uretere (segno di tumore dell'uretere stesso). Il Legueu si limitò ad aprire e drenare il rene, ed escissa la vescica — raggiunta con taglio ipogastrico — attorno all'uretere corrispondente, lasciò un drenaggio nel tessuto perivescicale ed uno nella vescica stessa. Il paziente morì in 30 ore. Trattandosi di un tumore, l'A. ritiene che il drenare il rene non porti alla funzionalità alcun vantaggio e coll'infezione consecutiva al drenaggio il Legueu si chiuse la via ad una operazione radicale in secondo tempo.

I tumori primitivi dell'uretere sono rarissimi, e nella gran maggioranza dei casi, unilaterali o maligni. La malattia si rivela in generale con ematurie spontanee, non dolorose e di corta durata, come in tutti i neoplasmi delle vie urinarie. La diagnosi è possibile se il tumore è unico, ma è difficile e quasi impossibile nei tumori multipli.

Per fare la diagnosi di sede, bisogna fare sempre il cateterismo del lato sospetto ed anche una ureteropielografia se non esiste una

impossibilità materiale di farla. Per l'uretero-pielografia l'A. consiglia una soluzione al 20 per cento di Na Br e mai l'uso di collargolo e nitrato di bario.

La terapia è l'asportazione di tutta la metà dell'apparecchio urinario, in cui è impiantato il tumore, se lo permette lo stato generale e l'esame funzionale dell'altro rene. L'A. consiglia di eseguire questa asportazione *in toto* del rene e uretere fino alla sua estremità vescicale, in due sedute operatorie: 1) asportazione del rene e di parte dell'uretere per la via lomboiliaca; 2) resezione dell'estremità dell'uretere e del suo sbocco vescicale per via ipogastrica transvescicale. Solo in circostanze eccezionalmente favorevoli, ci si potrà arrischiare a fare le due operazioni in una sola seduta. La prognosi operatoria è meno grave di quanto si potrebbe supporre. La prognosi dei tumori ureterali, come risultati ultimi, è invece riservata, come per tutti i neoplasmi dell'apparato urinario.

Nel caso dell'A. si trattava di un malato di 64 anni, sofferente di ematurie da 4 anni, che negli ultimi mesi erano divenute persistenti, causando un grave deperimento organico. La diagnosi fatta era: tumore renale con metastasi nell'uretere presso il suo meato.

Fu perciò eseguita la nefroureterectomia in due tempi.

A carico del rene si notava un uroemato-nefrosi notevolissima, all'estremità superiore dell'uretere si apprezzava un tumore di consistenza dura, ed altri lungo il resto dell'uretere. Nel pezzo asportato si notavano 4 tumori che non avevano invaso nè il bacinetto nè il meato ureterale, il primo più voluminoso, grosso come una noce; gli altri tre grandi quanto olive, più o meno sviluppati.

Il paziente è guarito completamente, e non si è potuto rilevare cistoscopicamente alcuna riproduzione vescicale.

GHIRON.

IGIENE.

Metodo semplice e rapido di preparazione di un disinfettante pratico e di azione efficace con speciale riguardo alla sua applicazione a bordo dei piroscafi.

Da lungo tempo erano note le qualità spiccate dell'ipoclorito come germicida e deodorante. Il vecchio metodo di preparazione era quello del trattamento del cloruro di calcio.

Solo recentemente venne preparato l'ipoclorito mediante elettrolisi dell'acqua di mare.

L'ipoclorito elettrolitico fu usato con ottimi risultati per disinfezione nella plaga epidemica di Glasgow (1910): in seguito l'uso si diffuse maggiormente in Inghilterra e vennero fatti impianti a Osborne, a Netley.

Solo da poco tempo si cominciò ad usufruirlo per la pulizia e per la disinfezione a bordo di un certo numero di piroscafi inglesi, in considerazione della necessità di adottare a scopo profilattico misure igienico sanitarie sempre più scrupolose.

I dottori Dakin e Carlisle hanno studiato tale pratica applicazione allo scopo di fornire un apparecchio di produzione dell'ipoclorito elettrolitico pratico e specialmene adatto per l'uso del bordo. Hanno risolto ottimamente il problema, dandoci un apparecchio di una semplicità eccezionale che permette di avere a disposizione una sorgente inesauribile di un disinfettante efficace e di poco costo.

L'apparecchio è fondamentalmente costituito dal così detto elettrolizzatore, vale a dire da una cassetta rettangolare di teak o di cedro — divisa nell'interno in 20 e 25 cellette per mezzo di lamine di carbone (elettrodi), disposte parallelamente l'una all'altra (di speciale composizione, grafite Acheson) — montate su isolatori di ebanite, di vetro o di porcellana.

L'apparecchio funziona con corrente continua a 100-110 Volts, corrente che è in uso sulla maggior parte dei piroscafi. Nel caso che la corrente fosse di 200-220 Volts si possono disporre due elettrolizzatori in serie.

Non si può usare la corrente alternata ma essa deve essere trasformata in corrente continua.

Non richiede cure speciali di manutenzione, quindi la spesa di deperimento è piccolissima.

Le lamine di carbone durano 1 anno e anche più se l'apparecchio funziona intermittentemente come avviene a bordo.

L'elettrolizzatore può essere messo in azione anche da persona che non abbia conoscenze tecniche speciali, ad esempio dall'infermiere, purchè abbia ricevuto una breve e chiara spiegazione. Per produrre l'elettrolisi non si fa che riempire la cassetta di acqua salata fredda (contiene 30-55 litri): si dà la corrente 60-75 ampères e dopo 5 minuti la soluzione di ipoclorito è pronta: essa contiene il 2-2.7 % d'ipoclorito.

Come si vede, l'apparecchio, il funzionamento e la produzione del disinfettante sono di una semplicità eccezionale.

L'acqua deve essere fredda perchè durante l'elettrolisi si ha sviluppo di calore e in seguito ad un riscaldamento eccessivo si ha trasformazione dell'ipoclorito in clorato inutile.

Durante l'elettrolisi la temperatura sale di circa 1,5° C. per minuto: dopo 5 minuti si ha un aumento di temperatura di circa 7-8 gradi.

Occorre avvertire di non dare la corrente prima di aver messo l'acqua nelle celle e di non aggiungere acqua quando già è in atto l'elettrolisi, possibilmente di invertire una volta al giorno la corrente.

Un metodo semplice e pratico per determinare il quantitativo di cloro nella soluzione è questo: Si prendono 10 c.c. di soluzione elettrolitica, si aggiungono gr. 0.5 di joduro di potassio o di sodio, 1 c.c. circa di acido acetico e poi della soluzione deci-normale di iposolfito fino a che scompaia il colore dello jodio messo in libertà. Ad ogni c.c. di iposolfito corrispondono gr. 0.00355 di cloro.

Se si prolunga l'elettrolisi per 10 minuti si ha una soluzione di ipoclorito al 4 %.

Quando occorra una concentrazione maggiore si può elettrolizzare acqua salata raffreddata contenente il 10-15 % di cloruro di sodio. Questo in pratica, specialmente a bordo, non è necessario.

La soluzione si deve possibilmente conservare in recipienti di legno o rivestiti di piombo.

L'apparecchio non è costoso: la spesa per la produzione dell'elettrolisi è minima.

Dagli esperimenti fatti a bordo è risultato che sostituendo ai disinfettanti comunemente in uso a bordo, ottenuti dal carbon fossile (fenolo, cresoli) questo metodo, durante un viaggio di un mese, di un mese e mezzo circa si ha tale economia che viene ad essere coperta la spesa di costo dell'apparecchio.

La soluzione optimum consigliata per l'uso di bordo, si ottiene elettrolizzando l'acqua di mare per 5 minuti (100-110 Volts a 60-75 ampères) e diluendo il liquido elettrolitico ottenuto con altrettanta acqua di mare: si ha una soluzione d'ipoclorito dell'1 per 1000 circa. Tale soluzione serve a bordo — nella pulizia giornaliera — per pulire pavimenti, corsie, pareti delle cabine, lavatori.

Gli ambienti dopo tale uso inspirano un senso di maggiore freschezza senza odore che possa disturbare.

Venne usata negli ambienti d'ospedale in caso di enterite, dissenteria — come deodorante — specialmente per le padelle degli ammalati, per pulire e disinfettare sputacchiere di tubercolosi, con ottimi risultati.

È stata fatta l'obbiezione che tale soluzione intacchi le tubature specialmente quando venga usata per la disinfezione dei gabinetti, ma pare che ciò dipenda dalla concentrazione eccessiva della soluzione usata. Si può evitare ad ogni modo questo inconveniente facendo seguire un lavaggio con acqua.

Sono in corso esperimenti per stabilire fino a che grado tale soluzione intacchi le tubature di metallo.

Essendo la soluzione di ipoclorito instabile, non si deve conservare al di là di 2-3 giorni, tanto più che la preparazione è rapida e di poco costo.

L'ipoclorito elettrolitico può servire ottimamente per la depurazione dell'acqua potabile sospetta. Si deve usare la minore concentrazione possibile per evitare che si determini un sapore amaro dovuto all'aggiunta eccessiva di acqua salata. L'instabilità dell'ipoclorito è così grande che dopo 3-4 ore ogni traccia di cloro è scomparsa.

Si procede così.

Si prepara una soluzione di ipoclorito al 3-7 per cento circa elettrolizzando per 10 minuti. Si aggiungono litri 27 di tale soluzione a 100 tonnellate d'acqua: si ha nell'acqua una percentuale di cloro all'1 su 1000000.

L'ipoclorito elettrolitico venne introdotto nel trattamento delle ferite specialmente durante la guerra. L'uso si è sempre più diffuso in Inghilterra. Sembra che esso sia più efficace in confronto di altri disinfettanti per la presenza di sali di magnesio e sodio i quali pare abbiano un'azione linfagoga simile a quella osservata da Almroth e Wright nel trattamento delle ferite mediante soluzioni ipertoniche di sale. La soluzione per uso chirurgico è del 2,50 per cento (si elettrolizza per 5 minuti e la soluzione ottenuta non si diluisce), può essere adoperata anche per irrigazione. Si deve usare largamente la soluzione nel trattamento delle ferite: la ferita ne deve essere per così dire imbevuta. La soluzione per uso chirurgico non si deve conservare oltre 24-48 ore.

L'ipoclorito elettrolitico si può usare specialmente a bordo nella lavanderia (ove esiste) per la pulizia e disinfezione della biancheria. Ha un'azione spiccata nel disciogliere le imbrattature, un'azione imbiancatrice. Si usa una soluzione al 0.25 % (la soluzione ottenuta con 5 minuti di elettrolisi si diluisce con 10-20 parti d'acqua).

Si può usare per la disinfezione di vasche da bagno e dell'acqua di mare per bagni specialmente nei porti e nelle rade del Mediterraneo dove la depurazione che avviene naturalmente per la marea è debole. L'acqua di mare elettrolizzata venne usata infine per la disinfezione di materiali di rifiuto in riva al mare (Riker Island, New York).

L'unica obbiezione fatta a bordo è che l'ipoclorito, specialmente se usato a concentrazione

un poco alta, intacca il ferro, l'acciaio ed i metalli: tuttavia in pratica questo non avviene sopratutto se sono pitturati.

Lo stagno, lo zinco, il nikel sono ben poco intaccati: gli oggetti stagnati, nichellati, la lamiera zincata, il piomo non sono in modo apprezzabile intaccati.

Il legno, il linoleo, la gomma ed altre composizioni diverse usate per pavimenti assorbono una certa quantità di ipoclorito; il legno è quello che più ne assorbe.

In pratica non si sono notati danni apprezzabili al materiale di bordo.

Fu fatto l'appunto che la soluzione impiegava un certo tempo ad asciugare sul linoleo. Questo si deve alla caratteristica del linoleo, che non assorbe, specialmente quando sia già eccessivamente imbevuto di sali per le continuate applicazioni.

Riassumendo: la produzione dell'ipoclorito mediante elettrolisi dell'acqua di mare è metodo pratico perchè semplice, di poco costo: efficace nella pulizia e disinfezione specialmente a bordo.

Oltre che a bordo potrebbe essere introdotto negli ospedali, ecc.

Ricapitolando, presenta i seguenti:

VANTAGGI.

1) *Costo*. Il costo è così piccolo e l'economia così evidente in confronto di altri metodi, che si dovrà imporre.

2) *Apparecchio* semplice, efficiente: non esistono spese d'impianto: non si richiedono cognizioni speciali per il suo funzionamento: la messa in azione è rapida: la spesa di deperimento minima.

USI.

a) Disinfezione: dà una disinfezione efficace; si può usare per la pulizia e disinfezione in genere (corsie, latrine, vasche da bagno, ecc.), come per usi speciali — per uso di lavanderia (si ha pulizia, disinfezione, imbianchimento della biancheria); eventualmente anche per disinfezione di materiali di rifiuto.

b) Depurazione dell'acqua: metodo rapido, semplice, facile ad eseguirsi: lascia l'acqua limpida senza sapore od odore speciale.

c) Antisettico: in chirurgia è uno dei migliori: di speciale efficacia perchè si determina un antisepsi nascente in loco.

d) Deodorante: è questo il metodo migliore, meno costoso, più facile ed efficace, come è risultato da numerosi esperimenti fatti a bordo in caso di infezioni di dissenteria e di tifo.

Dott. G. ROLLE, *medico di bordo*.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. prof. CIGNOZZI ORESTE. *Il trattamento delle lesioni settiche*. Bologna, tipog. Cappelli, 1923.

Questo lavoro ha lo scopo di illustrare le modalità tecniche più adatte e più opportune nel trattamento delle lesioni settiche.

L'opera è stata dall'A. divisa in due capitoli alla loro volta suddivisi rispettivamente in 4 parti. Nel 1° volume il capitolo 1° con le sue 3 parti si occupa, essenzialmente, di tutte le norme operatorie e post-operatorie nonchè ausiliarie per la cura conservatrice di tutte le svariate alterazioni e produzioni settiche. Premesse queste generalità passa, nella 1ª parte, all'illustrazione dei criteri generali, che debbono essere guida nella scelta delle incisioni, a seconda della sede e della natura dei processi morbosi. Nel secondo capitolo si occupa del drenaggio, discutendone lo scopo e la varietà, mettendo in evidenza le funzionalità varie a seconda che si applichi il drenaggio a tipo capillare, o il tubolare, o quello per scorrimento su superficie o i drenaggi combinati.

Nel terzo capitolo fa uno studio critico accurato sull'azione locale di alcune sostanze su i tessuti flogistici ricordando le sue esperienze personali sull'azione di alcune sostanze chimiche sui microrganismi e su i tessuti. Egli afferma come, attualmente, quantunque non si sia raggiunta la perfezione coi mezzi che usiamo per la disinfezione delle ferite, pur non di meno si possa ottenere la sterilizzazione dei focolai settici, tenendo presenti dei criteri razionali. Facendo la storia della sterilizzazione ricorda le geniali scoperte di Lister e Pasteur, i veri pionieri dell'asepsi, i cui precetti furono in parte modificati dal Wright.

Ricorda come, nel periodo della guerra recente, che va dal 1914 al 1919 si siano stabilite due correnti diverse di opinioni su i metodi di sterilizzazione delle ferite; una che si poggia, essenzialmente, sulle sostanze antisettiche, l'altra che può dirsi fisiobiologica, che si basa sul metodo asettico.

Illustrando il metodo antisettico, ne discute il meccanismo d'azione, vario a seconda delle concentrazioni delle sostanze.

Passa quindi, a discutere il metodo del Wright formulato fin dal 1916, concludendo che le soluzioni ipertoniche stabiliscono nei tessuti profondi condizioni favorevoli alla scomparsa dell'infezione. Il titolo della soluzione oscilla dal 5 al 10%.

Rammenta il metodo biologico dello Schiassi delle soluzioni isotoniche e fa rilevare come i due metodi antisettico e fisio-biologico, fon-

dendosi, rappresentano il vantaggio indiscusso dei nuovi antisettici.

Prende, poi, in esame i nuovi antisettici, gli ipocloriti, le soluzioni d'alcool e le sostanze coloranti, ricordando gli studi del Carrel e Dakin.

Fa uno studio accurato sul potere disinfettante dell'alcool e conclude che l'alcool a 70°, acidificato con acido acetico al 4%, è il più energico disinfettante della pelle del campo operatorio e delle mani dell'operatore, purchè vi rimanga almeno per 10 minuti.

Partendo dal concetto che l'alcool è un gran disinfettante l'ha mescolato con le soluzioni d'ipoclorito, affermando che si ottiene un'ottima disinfezione se si unisce all'alcool a 90° una parte uguale di una soluzione contenente un terzo di clorosal e 2 terzi di acqua.

Nella quarta parte si occupa dei concetti della vaccino siero proteino stomasinterapia nelle complicazioni generali di alcune lesioni settiche chirurgiche, affermando che la proteinstomasinterapia rappresenta, attualmente, la cura specifica nelle più svariate forme di sepsi chirurgica, potendosi adoperare con sicurezza, poichè non determina inconveniente alcuno nè pericoli di sorta per il malato.

Dopo avere, quindi, ampiamente illustrato i concetti informatori della terapia nelle complicazioni generali di alcune lesioni chirurgiche, di natura prevalentemente settica, fa uno studio non poco accurato sull'anatomia patologica di tali alterazioni prendendone in esame, in special modo, gli esiti.

Nel VI capitolo, che è uno dei più importanti dal punto di vista pratico, si occupa delle norme da seguire nella cura demolitiva delle lesioni settiche, dandone le norme di tecnica con speciale riguardo agli atti operativi sul rene, cistifellea, mammella, ovaio ed utero.

Le infezioni chirurgiche acute generalizzate formano l'argomento del VII capitolo, nel quale, dopo aver parlato in generale sulle infezioni, si occupa in special modo del carbonchio, del tetano e dell'eresipela.

Dopo aver ampiamente trattato delle febbri chirurgiche e delle riparazioni sugli esiti delle lesioni settiche, parla dei vari tipi di narcosi, discutendone la varia indicazione.

Negli ultimi due capitoli tratta dell'importanza non lieve che ha l'esame del sangue in chirurgia, specie dal punto di vista prognostico, della tubercolosi chirurgica e delle associazioni microbiche nonchè dei relativi trattamenti.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. MINGAZZINI. *Le afasie.* Collezione di attualità della Medicina. Edit. Bardi. Roma, 1923.

Questa monografia rappresenta una felice sintesi delle ricerche perseguite dal Mingazzini senza posa e da tanti anni in uno dei più difficili capitoli della neurologia con frequenti accenni ai lavori di altri scienziati, in particolare a quelli dello Henschen. Il lettore perciò ne ritrae un'idea chiara e armonica dello stato attuale delle nostre cognizioni sulle afasie. Il libro si apre con rapidi accenni allo sviluppo della funzione del linguaggio nel bambino e con un'esposizione dettagliata dell'esame clinico e dei disturbi relativi. Seguono quindi la classificazione e la trattazione di questi distinti in afasia motoria, sensoriale, disgrafie, dislexie, amusie, acalcolie e alcune pagine sul meccanismo psichico del linguaggio nelle quali l'autore confuta le idee dello Head, mentre accetta parziamente quelle del Monakow. Gli ultimi quattro capitoli sulla diagnosi, prognosi e cura delle afasie e sulle questioni medico-legali attinenti sono preziosi per il concetto pratico al quale si ispirano. I metodi di rieducazione del linguaggio negli afasici, ad esempio, per lo più trascurati nei trattati, sono qui esposti esaurientemente. Ben può dirsi quindi che con questo volumetto scarso di mole, ma denso di contenuto, l'autore ha pienamente conseguito l'intento propostosi nell'introduzione di « diffondere il dottrinale delle afasie dal punto di vista prevalentemente pratico, senza trascurare i fondamenti scientifici ».

G. ARTOM.

G. FANO. *Cervello e Cuore.* (Conferenze di Fisiologia). Ed. N. Zanichelli, Bologna, 1923.

Il prof. G. Fano ha raccolto in questo volume le conferenze dettate per invito della « Mancomunitat » di Barcellona e della « Facoltà medica » di Madrid. L'A. fa rilevare, che esse costituiscono un brevissimo corso svolto innanzi a studiosi che da lui attendevano prevalentemente informazioni su ricerche e opinioni scientifiche personali, e aggiunge: « Ho cercato di corrispondere al lusinghiero desiderio dei miei uditori dando alle mie conferenze un carattere quasi autobiografico di alcuni periodi della mia vita di fisiologo, che potesse forse interessare non solo per gli argomenti trattati, ma anche per l'esposizione dell'associazione logica che ha determinato lo svolgimento e l'interpretazione delle mie indagini ».

E infatti nelle sei conferenze (Su «la così detta materia vivente»; Ancora su «la così detta materia vivente»; Di alcuni rapporti fra inibizione e volontà; Ancora di alcuni rapporti fra inibizione e volontà; Eccitabilità ed automatismo; Sui rapporti fra eccitabilità ed automatismo determinanti la peristaltica cardiaca), è tutta la vita di fisiologo più intensamente ed efficacemente vissuta dall'illustre Maestro, si ritrova intera la personalità sua di scienziato vero, di indagatore acuto e profondo, la forza della sua intuizione.

Il libro per lo stile, pel contenuto, per l'originale impronta personale, si legge con crescente interesse.

Il giovane che si inizia agli studii biologici trarrà sopratutto dalle pagine di scienza vissuta insegnamenti rari e impulsi nuovi; chiunque possegga già cultura biologica si troverà costretto di tratto in tratto a riflettere e a pensare.

AM.

F. CAZZAMALLI. *Tabe*. (Contributo clinico). Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. XLVII, fasc. I. Reggio Emilia, 1923.

È uno studio basato su circa 300 casi di tabe, concernenti ammalati visitati ambulatoriamente o degenti presso la Clinica delle malattie nervose e mentali di Roma, dal 1906 al 1921, completati coi dati della osservazione personale.

La malattia è trattata sotto ogni punto di vista: etiologico, sintomatologico, anatomo-patologico e patogenetico.

In giusto rilievo viene posta l'importanza diagnostica delle ricerche biochimiche, citologiche e biofisiche sul liquor, attraverso la innovazione dei metodi e i perfezionamenti della tecnica, sopratutto per quanto si riferisce alle forme incipienti, fruste, arrestate o incomplete di tabe.

Tra le reazioni in uso per la neurosifilide in genere, e per la tabe in ispecie, il primo posto spetta, secondo l'autore, alla *reazione del mastice* (metodo Goebel), introdotta da Mingazzini nella Clinica neuro-psichiatrica, ed applicata largamente da Pisani su centinaia di liquor, prelevati da soggetti affetti dalle più svariate forme morbose del sistema nervoso centrale.

Mercè questa reazione — dice l'autore — è possibile stabilire, ai fini della diagnosi più precoce della malattia, l'equazione:

Tabe = sintoma importante obbiettivo X + M. R.

Non ultimo pregio del lavoro è la chiarezza con cui ogni argomento è esposto: dote questa che rende il libro facilmente accessibile oltre che agli studiosi di neuropatologia anche ai medici pratici.

FUMAROLA.

H. CLAUDE. *Maladies du système nerveux*. 2 volumi. Prezzo Fr. 62. Editore Baillière, Parigi.

Henri Claude è uno dei neuropatologi francesi più in vista. I giornali medici della vicina Repubblica sono pieni di articoli di questo autore, che si distingue per la sua tendenza a chiarire, a volgarizzare quasi, le quistioni più intrigate di neurologia. I due volumi, che fanno parte di uno dei tanti trattati di medicina, che gli editori parigini forniscono al pubblico medico, sono compilati con lo stesso criterio di praticità, quantunque qua e là siano ingombrati da eccessi di notizie e di citazioni.

Per altro l'opera è completa e costituisce un libro di consultazione per ogni argomento di neurologia, anche per quelli che più recentemente si sono sviluppati.

Dr.

J. H. SCHULTZ. *Die Seelische Krankenbehandlung* (*Psicoterapia*). III ed., 1922, G. Fischer, ed. Jena.

Ottimo e convincente lavoro per quanto concerne gl'indiscutibili trionfi terapeutici della psicoterapia. Essa non rappresenta una terapia dei disturbi psichici, come volgarmente si crede, ma è terapia con mezzi psichici e come tale ha un innegabile valore che non deve essere mai aprioristicamente disconosciuto dal medico. Così facendo, egli rinuncierebbe ingiustificatamente ad un mezzo curativo che a volte, se non sempre, come vorrebbero alcuni psicoterapeuti, può rendere reali servigi specie in forme morbose in cui i nostri comuni metodi di cura siano rimasti impotenti.

Purtroppo fino ad oggi, specie da noi in Italia, la psicoterapia è rimasta nella sua tecnica, come tutte le sue indicazioni, quasi una terra incognita, cosa di cui traggono profitto spesso ciarlatani che riescono con essa a volte a ritrarre quei successi che sono negati per mancanza di tecnica anche a medici valorosi.

Bisogna quindi salutare con compiacenza il trattato dello Schultz, che espone in modo veramente brillante, e — cosa ancor più importante — in modo chiaro la tecnica e le indicazioni ed i fondamenti di questa che ad un tempo è la più antica e la più moderna dei mezzi terapeutici.

L'opera, il cui valore è dimostrato dal fatto che in quattro anni ha avuta l'onore di ben tre edizioni, è divisa in quattro parti che si intitolano la prima: le possibilità della psicoterapia, e le altre, rispettivamente i metodi psicoterapeutici; i compiti della psicoterapia e gli scopi della psicoterapia. La materia ricchissima è svolta poi in diciassette capitoli in cui sono successivamente trattati l'orientamento psicologico e i mezzi della psicoterapia; la psicoterapia del volgo, l'ipnoterapia, la psicoanalisi, la psicoterapia allo stato di veglia, la terapia pedagogica e le indicazioni.

Seguono capitoli, in cui sono trattati i disturbi della vita affettiva e rappresentativa, i disturbi del pensiero della volontà e della coscienza, i disturbi somatici. L'opera si chiude infine con un'ampia trattazione dei problemi della personalità, dei tipi psicopatologici, e della psicoterapia delle masse.

Noi non conosciamo altro trattato così completo sull'argomento, e se in tutto non possiamo accordarci con le vedute dell'autore, pure vorremmo che esso venisse letto e meditato da ogni medico, che voglia arricchire la sua cultura, e addentrarsi nei difficili problemi della scienza nostra. G. MINGAZZINI.

FREUD. *La psychopatologie de la vie quotidienne.* Traduzione in francese del dottor Jankélévitch. — Prezzo Fr. 14. — Editore Payot, Parigi.

L'applicazione della psicanalisi alla interpretazione degli atti della vita corrente (dimenticanze, sviste, omissioni, lapsus, errori, manierismi, ecc.), costituisce uno dei lati più interessanti della dottrina di Freud.

In questo volume l'argomento è sviscerato sulla base di innumerevoli esempi che ne rendono la lettura estremamente dilettevole.

Checchè si pensi della psicanalisi è certo che si tratta di un sistema psicologico molto ingegnoso, ed il tentativo di applicazione ai fatti della vita comune generalmente ritenuti senz'alcun significato è quel che meno ripugna alla nostra mentalità imbevuta di psicologia classica.

La traduzione, che ha presentato la difficoltà di adattamento dei giuochi di parole tedesche alla lingua francese, è ben riuscita.

dr.

RÉGIS et HESNARD. *La psychoanalyse des nevroses et des psychoses.* — Prezzo Fr. 12. — Editore F. Alcan, Parigi.

È la seconda edizione di un volume pubblicato per la prima volta nel 1914 e che costituì il primo tentativo di volgarizzazione della psicanalisi in Francia.

In questo paese la dottrina di Freud era poco e mal conosciuta attraverso le esposizioni dei critici che per ragioni polemiche erano unilaterali, incomplete se non infedeli.

L'opera di Régis e Hesnard può considerarsi come la prima trattazione completa e spassionata della psicanalisi comparsa nei paesi latini.

La seconda edizione ha sulla prima il vantaggio di essere aggiornata, di contenere cioè tutte le non poche aggiunte e modifiche che la psicanalisi ha subìto nell'ultimo decennio.

dr.

FREUD. *Introduzione allo studio della psicanalisi.* Traduzione in italiano del dott. E. Weiss. — 2 vol., prezzo L. 45. — Editore Idelson, Napoli.

In questi due volumi sono esposti dettagliatamente i principî fondamentali della psicanalisi, nella forma suggestiva, che costituisce una delle caratteristiche delle opere di Freud.

È la riproduzione delle lezioni dettate dall'autore della psicanalisi nell'Università di Vienna durante i semestri 1915-16 e 1916-17. Sono toccati tutti i punti essenziali della interessante dottrina; dalla psicopatologia della vita comune ai sogni, dalla etiopatogenesi delle nevrosi alla loro cura.

La traduzione è chiara e fedele, nitida la edizione.

dr.

STEKEL. *Der Fetichismus.* — Editore Urban und Schwarzenberg, Berlino-Vienna.

È il settimo volume dell'opera ponderosa sulle perversioni sessuali, che l'infaticabile allievo di Freud va allestendo.

Come le altre parti anche questa è trattata al lume della teoria psicanalitica.

Particolare interesse desta in questo volume il capitolo riguardante il simbolismo erotico. *dr.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

DERMATOLOGIA.

Patogenesi e fisiologia patologica dell'herpes zoster.

La natura infettiva dell'herpes è stata affermata da Landouzy e da Erb, che portarono in favore della loro tesi numerosi fatti, quali l'inizio febbrile, la comparsa di numerosi casi in certe stagioni, talore delle piccole epidemie e la immunità quasi assoluta che esso conferisce. L'agente patogeno è rimasto però sconosciuto, poichè i microbi trovati nel liquido delle vescicole e nel *liquor* sono dovuti ad infezioni secondarie; sono peraltro da segnalare dei cocchi gram-positivi trovati nel *liquor*. Recentemente nello studio sperimentale sull'herpes febbrile, che si deve considerare analogo allo zoster, è stata dimostrata la presenza, nelle vescicole del primo, di un virus cheratogeno che può riprodurre un herpes corneale ed ha una certa analogia con il virus della encefalite epidemica. Però le ricerche sulla trasmissibilità del virus dell'herpes zoster erano rimaste fin qui negative. Marinesco e Draganesco (rif. in *Presse médicale*, 22 sett. 1923) hanno dimostrato che il zoster come l'herpes febbrile è dovuto ad un virus invisibile localizzato nel nucleo che si traduce istologicamente con le inclusioni di Lipschütz e che è trasmissibile, sebbene più difficilmente che quello febbrile, alla cornea di coniglio. Lo zoster dunque non è da ritenersi come un disturbo trofico, ma come la localizzazione di un virus specifico, che si propagherebbe lungo le vie nervose fino ai gangli sensitivi, da dove può raggiungere la cavità rachidiana dando linfocitosi. Si tratterebbe dunque di una epiteliosi neurotropa.

fil.

L'arco "lillà" delle unghie.

È stato descritto da G. Milian (rif. in *Pensiero medico*, anno XI, n. 51), come un arco di mezzo millimetro di larghezza, di colore roseo tendente al gridellino, avente la sua sede sotto l'unghia, dove si vede per trasparenza in vicinanza del margine libero dell'unghia stessa. L'arco è parallelo alla curva del margine libero dell'unghia da cui dista circa 4-5 mm.; il limite anteriore è nettamente curvilineo, quello posteriore è più diffuso. Spesso dinnanzi al detto arco se ne trova un altro, piccolo, bianco; si osservano quindi successivamente nel derma un arco anemico ed uno congestivo cianotico.

L'arco è più frequente sul medio e sull'anulare, meno sul pollice; raramente lo si trova su tutte le dita. Contrariamente alle lesioni puntute dell'unghia, alle righe trasversali, alle leuconichie che si spostano, l'arco descritto rimane immobile, pur potendo variare in larghezza, in estensione. Esso sembra in rapporto con l'esistenza di un focolaio specifico di spirochete nel derma sottostante; probabilmente esso rappresenta la lesione iniziale, da cui si produce in seguito l'inspessimento progressivo del margine libero dell'unghia. Le sue variazioni corrispondono a quelle della cura antisifilitica la quale, se è sufficientemente continuata, lo fa sparire. Si trova nel 3°-4° anno della sifilide, talora anche dopo il 1°-2°, ma più specialmente nei periodi tardivi, nei sifilitici non curati; è un segno di sifilide in attività e persiste per un certo tempo anche dopo che la Wassermann è diventata negativa. Non è da escludersi in modo assoluto che possa trovarsi in altre lesioni; talune acrocianosi si accompagnano ad esso.

fil.

La cura del prurito nervoso.

Laignel-Lavastine (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 agosto 1923) definisce il prurito come l'esagerazione delle sensazioni cutanee elementari o endermiche, che emanano dalle fibre sensitive del simpatico. In conseguenza ogni cura di tale stato deve tendere ad eliminare le cause di disquilibrio simpatico-sensitivo: evitare gli affaticamenti, non portare maglie di lana, vivere all'aria aperta, non bere bevande eccitanti. La cura interna è a base di valeriana, atropina, arsenico, gelsemium, sempervirens e guaco secondo la formula:

Estratto acquoso di guaco . .	centigr.	10
Bicarbonato di soda	»	5

per una pillola: 2 o 3 pillole prima d'ogni pasto.

La cura esterna, più efficace della interna, può essere chimica, fisica o chirurgica.

Numerose sono le lozioni, pomate e polveri raccomandate. Le più consigliabili sono:

Acido cianidrico officinale . . .	gr.	1
Bicloruro di mercurio	»	1
Solfato di rame	»	5
Acido fenico	»	10
Resorcina	»	20
Cloralio	»	25
Bromuro di potassio	»	50
Acqua	»	1000

oppure:

Vaselina;
Lanolina;
Ossido di zinco;
Amido . . . . anagr. 10
Canfora . . . . gr. 2
Mentolo . . . . » 1

Dopo l'applicazione di tale lozione o di tale pomata occorre cospargere con una polvere inerte composta di talco, amido, carbonato di bismuto, ossido di zinco, alle quali si potrà aggiungere l'1 % di acido salicilico.

I mezzi fisici consistono nell'occlusione cutanea a mezzo di gelatine o colle, nell'idroterapia con bagni caldi e doccie tiepide, nell'elettroterapia, nella radioterapia, e, talora mezzo efficacissimo nel cambiamento di aria.

Nei casi ribelli e locali, come il prurito intollerabile dell'ano e degli organi genitali, si dovrà ricorrere alla sezione dei nervi.

d.

L'opoterapia pancreatica nell'eczema dei poppanti.

È nota la parte predominante che hanno gli errori dell'alimentazione nella eziologia dell'eczema dei poppanti; parecchi tentativi terapeutici sono stati diretti appunto nel senso di modificare o correggere la dieta, ma non sono stati tutti senza inconvenienti. P. Rueda (*La Semaña medica*, 19 luglio 1923) ammette con Finkelstein che le condizioni essenziali per la produzione dell'eczema sono una particolare struttura e funzionalità della pelle ed un'alterazione del metabolismo; per agire su quest'ultimo, è necessario soprattutto tener conto del latte e specialmente dei grassi in esso contenuti. Però, invece di cercare di modificare la composizione del latte, sottomettendo la nutrice ad un regime speciale, l'A. ha pensato di agire direttamente sul metabolismo dei grassi nel poppante stesso, ricorrendo all'opoterapia pancreatica. L'A. si astiene da qualsiasi trattamento esterno; nei casi di eczema umido, fa sospendere i bagni ed ordina delle applicazioni di polvere di talco. Fa prendere delle compresse di pancreas corrispondenti a gr. 0.20 di ghiandola secca, somministrandone 4-6 al giorno, disciogliendole in un cucchiaio di latte o di acqua tiepida e dandole qualche momento prima della poppata. La durata del trattamento dipende dal carattere più o meno ribelle dell'eczema; in qualche caso si è avuta la guarigione in una diecina di giorni.

Su 27 casi così trattati l'A. non ha avuto che due insuccessi i quali a loro volta non fanno che confermare le idee dell'A. stesso, poichè si trattava di dermatosi di origine sifilitica.

L'A. intravede una certa analogia fra la funzione del pancreas nell'eczema e quella della tiroide nel mixedema o dei surreni del morbo di Addison. Egli però non ritiene che tutte le dermatosi dei bambini siano curabili con la opoterapia pancreatica, la quale va riservata all'eczema seborreico del poppante, localizzato al cuoio capelluto, alla faccia ed al tronco, non contagioso ed accompagnato da eosinofilia, escludendone quindi la dermatite esfoliativa del neonato, gli eczemi da cause esterne e le irritazioni provocate da irritazioni locali, come da coriza, otite, deiezioni.

fil.

Pomata per ulcere varicose.

Ossido di zinco;
Gelatina pura . . . . anagr. 20
Glicerina;
Acqua distillata . . . . » 80

OCULISTICA.

La cura delle macchie corneali.

Le macchie corneali possono essere superficiali e profonde. Le prime seguono a ulceri corneali, alle flittene della cheratite flittenulare; le profonde sono conseguenze della cheratite interstiziale, la cui causa è spesso la sifilide ereditaria.

Le macchie corneali disturbano la visione perchè intercettano i raggi luminosi, deformano o alterano l'imagine, diffondono la luce provocando abbagliamento, ed infine talvolta diminuiscono la resistenza della cornea, che spinta in avanti dalla pressione endoculare si allontana dal foco ottico provocando la miopia acquisita.

Cantonnet (*Journal des praticiens*, 30 giugno 1923) indica la cura dei varî tipi di macchie corneali.

Quando la macchia è opaca e situata centralmente occorre fare un'iridectomia: si taglia un lembo d'iride in modo da lasciar passare i raggi luminosi verso la retina. Contemporaneamente si potrà fare il tatuaggio del leucoma: si infigge con piccoli aghi inchiostro di Cina nella macchia; così si evita la diffusione dei raggi luminosi che invece di essere sparsi, sono arrestati, donde un miglioramento della visione.

Nelle macchie opache, recenti e degli individui giovani dà buoni risultati la pomata all'ossido giallo di mercurio all'1 o 2 %. Si mette la pomata ogni sera tra le palpebre e dopo che essa si è fusa si fa un leggero massaggio sulle palpebre chiuse.

In caso di insuccesso si può ricorrere alla instillazione, di sera, di due gocce del seguente collirio:

Tiosinamina, gr. uno;
Antipirina, gr. mezzo;
Acqua distillata bollita, gr. dieci.

Un procedimento più moderno è la ionizzazione. Si fa passare la corrente in una soluzione di ioduro di sodio al mezzo per mille contenuto in un apposito tubo. La corrente non deve sorpassare il mezzo milliampère. I risultati, che si devono all'azione dei ioni sul tessuto affetto, sono veramente evidenti. Anche dopo sette od otto sedute, che devono durare mezz'ora, si ha il miglioramento di leucomi di antica data.

d.

Pomata per la blefarite ciliare.

Ittiolo;
Ossido di zinco;
Gelatina . . . . anagr. 2
Glicerina;
Acqua distillata . . . . » 10

Applicazione due volte al giorno: alla sera al momento d'andare a letto, ed al mattino dopo aver lavato con acqua bollita.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Formazione di indolo in alcune forme polmonari ad andamento suppurativo e distruttivo.

Cantelli O. (*Riforma medica*, n. 21, 1922), dopo avere ricordato i dissensi che esistono fra gli scrittori, in riguardo alla produzione dell'indolo nelle suppurazioni e dopo avere ricordati gli studi fatti fin dal 1915 intorno all'eliminazione dell'indolo attraverso la cute ha voluto studiarne il comportamento in alcuni ammalati di ascesso polmonare ricercando:

1° Se veramente si poteva riscontrare l'indolo nelle forme polmonari ascessuali e distruttive.

2° Se data la sua volatilità, l'indolo poteva essere eliminato insieme coi prodotti della combustione.

3° Se si poteva supporre che esistesse un rapporto fra la formazione d'indolo nelle cavità ascessuali e l'odore fecaloide emanato dagli infermi.

4° Se era possibile mettere in evidenza le speciali condizioni che danno in tali casi origine all'indolo.

5° Se si potevano mettere d'accordo i sostenitori dell'indossiluria nelle forme suppurative con quelli che a tutt'oltranza la negano.

Dai risultati delle sue ricerche ottenuti esaminando gli escreati e l'aria espirata di ammalati di ascessi polmonari, e da quelli provenienti da ricerche analoghe eseguite in ammalati da altre e svariate lesioni bronchiali e polmonari, l'A. giunge alle seguenti conclusioni:

1° La formazione di indolo avviene nelle raccolte marciose solo quando si riscontrano in esse delle condizioni adatte; come, ad esempio, la trasformazione delle albumine sino a peptone od a triptofano per mezzo di speciali germi o delle zimasi formatesi in seguito alla distruzione dei globuli bianchi, coadiuvata dall'azione di altri germi, quale ad esempio il b. coli, capaci di scindere il triptofano sino all'indolo.

2° L'indossiluria non rappresenta un segno costante della suppurazione, sia perchè possono mancare le condizioni adatte allo sviluppo dell'indolo; sia perchè in seguito alle ragioni altra volta esposte dall'A. l'organismo non sempre giunge a trasformare l'indolo in indossile.

3° È necessario quindi ricercare e dosare in altri casi nelle urine l'indolo distillabile, per mezzo di un metodo descritto altra volta dall'A. stesso.

4° Infine l'A. afferma che la constatazione dell'indolo negli escreati e nell'aria espirata e buona semeiotica per la diagnosi di lesione polmonare suppurativa e distruttiva.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Medici di bordo. — Al dott. D. A., da A.:

1) Il limite di età per assunzione a medico di bordo è di 65 anni.

2) Non è prescritta alcuna durata per gli eventuali corsi per la preparazione agli esami di medico di bordo. Recentemente ne ha avuto luogo uno presso l'Istituto di igiene della R. Università di Padova.

3) Ottimo è il trattato sulle malattie tropicali del Castellani e Chalmens (in lingua inglese). Recentissimo è quello di R. G. Archibald: *The practice of medicine in the tropics*, in 3 volumi: Londra, 1923. Utile è pure il compendio del Muzio: *Le malattie dei paesi caldi*. Milano, ed. Hoepli.

C.

Periodici italiani di ostetricia e ginecologia. — Al dott. Luigi Marinelli, di Brez (Trentino):

Hanno carattere di archivi: l'« Archivio di Ostetricia e Ginecologia », la « Rivista Italiana

di Ginecologia », gli « Annali di Ostetricia e Ginecologia » ed i « Folia Gynaecologia », pubblicati dalle R. Cliniche ostetrico-ginecologiche di Napoli, Firenze, Milano e Genova; hanno carattere di riviste « La Clinica Ostetrica » (Roma, R. Clin. Ostetr.); la « Rivista di Ginecologia, Ostetr., Pediatr. e Med. gen. » (Torino, Ospedale Maria Vittoria) e la « Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica (Palermo, piazza Ignazio Florio, 14).

R. B.

Periodici di ostetricia minore. — Al dott. V. Montemartini, da Biasca (Canton Ticino):

La « Gazzetta Ital. delle Levatr. » (Modena, R. Clin. Ostetrico-Ginecol.); « La Ginecol. pratica » (Genova, via XX Sett., 22); « L'Arte Ostetrica » (Milano, via Unione 7-A); « L'Alfiere delle Levatrici » (Milano, via Correggio, 18).

R. B.

VARIA

Pansessualismo.

Ogni pensiero, ogni sentimento, ogni azione individuale o collettiva — scrive Dragotti nella monografia su *La Psicanalisi* pubblicata dalla Casa Editrice L. Pozzi di Roma — è riguardato da Freud e dai suoi seguaci sotto aspetti nuovi, quali sono prospettati al lume dei postulati della nuova dottrina, i cui cardini fondamentali sono l'estensione e l'attività dell'incosciente, lo psicodinamismo, il pansessualismo

Il pansessualismo, è questo il nome dato alla dottrina sessuale di Freud, è il concetto psicanalitico che per le sue esagerazioni ed il suo esclusivismo ha provocato i più aspri attacchi alla nuova dottrina.

La teoria sessuale psicanalitica si poggia su due elementi: estensione del concetto di sessualità ed importanza dell'istinto sessuale nel dinamismo psichico normale e patologico.

Per la psicanalisi la sessualità comprende un'immensa quantità di concetti diversi per modo che essa rappresenta la origine dell'affettività intesa in senso generico, ossia la causa essenziale di ogni energia psichica. Ogni energia umana è sessuale, quantunque possa desessualizzarsi sostituendo allo scopo sessuale un suo surrogato. L'istinto erotico primitivamente è l'espressione di un bisogno speciale ma generalizzato, che è la somma e la risultante di tutti gli istinti, di tutte le tendenze, nei loro aspetti organici e psichicamente molto vaghi, una specie di fame a fine indeterminato, cui gli psicanalisti danno il nome di *libido*. Ogni individuo porta con sè questo libido, cui non si deve attribuire il concetto ristretto di lascivo; esso si identifica con la *energia psichica*, con lo *slancio vitale dei metafisici*, con la *volontà di potere* di Schopenhauer.

Freud nega l'asessualità del bambino. Il neonato porta con sè i germi dei sentimenti sessuali che vanno sviluppandosi per un certo tempo e poi scompaiono per una soppressione progressiva, che è definitivamente interrotta dallo sviluppo sessuale ordinario.

Il carattere del piacere sessuale infantile non è definito, localizzato, indipendente da altre funzioni; esso non è l'espressione del contatto dei due sessi, non ha la sua localizzazione in speciali parti del corpo: è invece legato ad altre funzioni somatiche, alla nutrizione, alla defecazione, alla minzione e talvolta all'attività cinetica e sensoriale.

Il bambino trova in sè stesso la fonte del piacere, i suoi desideri non sono soddisfatti da altre persone, come nell'adulto: egli è autoerotico. La sessualità primitiva è formata da attività elementari, da istinti parziali, che hanno per substrato principale determinate regioni irritabili della cute e delle mucose, zone erogene, che sono localizzate in vicinanza delle aperture naturali, la bocca, l'ano, il pene, il clitoride. Queste attività sessuali sono alimentate da processi organici, la zona delle labbra del succhiamento, quella anale dalla defecazione, quella genitale dalla minzione.

Nel periodo infantile la sessualità è ancora indecisa, è una cera molle sulla quale gli avvenimenti possono dare tutte le forme possibili, perversioni comprese, le quali sono determinate dalla persistente prevalenza o dalla esclusività dei singoli istinti parziali.

Durante l'epoca prepubere, quando cioè si verifica il passaggio dall'autoerotismo alla sessualità con oggetto di desiderio, in principio quest'oggetto è lo stesso corpo del bambino. L'individuo ama il proprio corpo come Narciso della leggenda, per cui questo periodo e questa manifestazione sono chiamati *Narcisismo*, che può persistere anche per un lungo periodo della vita.

Il primo oggetto di desiderio estraneo è la persona con la quale il bambino ha più frequenti ed intime relazioni, la madre o la nutrice. È un amore brutale e fisico che si soddisfa con le carezze, con il succhiamento dei

seni, con il cullamento a contatto con la pelle. È un amore che non richiede differenza di sessi; ha le stesse estrinsecazioni qualunque sia il sesso del bambino, del resto psicologicamente a sesso non definito. Più tardi quando le caratteristiche sessuali cominciano a differenziarsi ed a precisarsi, si manifesta la tendenza all'amore per il sesso opposto: il bambino ha tenerezza per la madre, la bambina per il padre. Questa situazione psicologica è stata chiamata *Complesso di Edipo* per la sua concordanza con la passione dell'eroe della tragedia Greca, il cui tema non deve essere considerato come un prodotto di fantasia, ma come un aspetto vero quanto palpitante della realtà, come la persistenza anormale del più attivo componente della sessualità infantile. In effetti con la pubertà i desideri legati al *complesso di Edipo* assumono il carattere di una vera tenerezza ideale, puramente sentimentale che costituisce la pietà filiale. Questa per altro conserva qualche carattere delle sue origini: l'affetto dei figli si mantiene generalmente più tenero per i genitori del sesso opposto. D'altra parte la tendenza stessa si estrinseca inconsciamente ai primi amori: è ben nota la tendenza dei giovanetti per la donna matura (imagine della madre) e delle ragazze per gli uomini anziani (imagine del padre).

Oltre a quelli accennati la sessualità infantile comprende altri istinti parziali, costituenti i germi di eventuali perversioni. Il bambino manifesta tendenze che esprimono la origine del sadismo e del masochismo, quali l'istinto del possesso e del maltrattamento di animali e di altri bambini, come la tendenza a subire il dominio di compagni o compagne, ed infine la tendenza a guardare o a mostrare gli organi sessuali.

All'età di cinque anni circa l'attività sessuale entra in un periodo di latenza, che si prolunga fino alla pubertà, epoca nella quale si manifestano i veri caratteri sessuali. La sessualità da indecisa e diffusa diventa completa, localizzata, definita per lo scopo cui tende. Tutte le eccitazioni visive, tattili, motorie diventano la sorgente del piacere preliminare, preparatorio per il piacere finale, che ha per scopo l'escrezione dei prodotti della glandula genitale.

Il dominio esclusivo della zona genitale costituisce la sessualità normale. Quando invece la costituzione sessuale pregenitale, che è il miscuglio di tutti i desideri possibili, tanto da formare come una perversione polimorfa, non subisce le modificazioni involutive nei suoi elementi non genitali, si ha, la perversione.

La libido, secondo la psicanalisi, domina ed informa tutte le manifestazioni della vita umana. La vita psichica normale e patologica è la risultante del contrasto, della lotta tra le tendenze sessuali ancestrali e le esigenze della civiltà. I sogni, le neurosi, le psicosi, i fatti ordinari della vita, le manifestazioni artistiche, le religioni, i miti, le leggende sono il prodotto, l'espressione di tendenze sessuali incoscienti che cercano guadagnare il campo della coscienza, sono il risultato della lotta tra la vita istintiva e le idee morali.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DELLA ROVERE DOMENICO. *Nota di antropometria sui fanciulli milanesi.* — Milano, Francesco Fossati, 1922.

FERRANNINI LUIGI. *Un nuovo problema di Medicina sociale - Le malattie di cuore.* — Napoli, N. Jovene & C., 1923.

FRANCESCHI C. *Le vene polmonari nelle stasi da vizio mitralico.* — Siena, Stabilim. Arti Grafiche «S. Bernardino», 1922.

FRANCHINI FILIPPO. *Amebiasi nella provincia di Bologna.* — Roma, Stab. Tip.-Lit. Genio Civile, 1921.

GAVELLO G. *Osteoma dell'etmoide.* — Ciriè, G. Cappella, 1922.

GAVELLO G. *Tumori rari dell'orecchio, del naso e della laringe.* Atti 18° Congr. Soc. It. Laring., Otol. e Rinol., 1922.

ID. *Osservazioni otologiche nella recente epidemia di encefalite letargica.* — Torino, Silvestrelli & Cappelletto, 1922.

ID. *Malattie polmonari ed otopatie.* — Torino, Silvestrelli & Cappelletto, 1921.

ID. *Considerazioni sulla interpretazione della pulsazione del seno laterale e sulla sindrome Gradenigo.* — Atti 18° Congr. Soc. It. Laringologia, 1922.

GAVELLO G. *Osservazioni anatomo-patologiche e clinico-terapeutiche sulle sinusiti frontali croniche.* Atti 18° Congr. Soc. It. Laringologia, 1921.

ID. *Sulla funzione respiratoria del seno mascellare nell'uomo.* — Torino, Unione Tip. Ed. Tor., 1920.

MAROGNA PIETRO. *Sopra alcuni casi di tumori e cisti del pancreas.* — Bologna, L. Cappelli, 1923.

ID. *Sulle scoliosi in rapporto ad alcune affezioni renali di indole chirurgica.* — Genova, Angelo Pagano, 1922.

MAROGNA PIETRO. *Contributo casistico alla cura degli aneurismi.* — Genova, Tip. Sociale, 1923.

ID. *Ulteriore contributo allo studio della Termoprecipitoreazione nelle urine.* — Genova, Tip. Sociale, 1923.

ID. *Sull'uso delle correnti ad alta frequenza nelle vie urinarie.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

QUESTIONI PRATICHE.

LXXV. — In quali casi è necessaria la legalizzazione della firma sui certificati.

L'obbligo della legalizzazione della firma nei documenti è prescritto solo quando i documenti si producano in territorio non compreso nella circoscrizione in cui estende il suo potere l'organo che li rilascia. Nel caso deciso si trattava di un certificato d'iscrizione rilasciato dal Presidente dell'Ordine dei medici, e la IV Sezione, con sentenza 7 aprile 1923, n. 340 (ric. Trettola), ha annullato un concorso all'ufficio di medico condotto perchè dalla Commissione giudicatrice era stato escluso uno dei concorrenti per difetto della legalizzazione della firma del presidente dell'Ordine sul certificato di iscrizione nell'Albo dell'Ordine della Provincia alla quale apparteneva il Comune, sede della Condotta posta a concorso. È detto nella decisione:

« Come questo collegio ha ripetutamente di« chiarato, sia in sede consultiva che in sede « contenziosa, la legalizzazione non è una for« malità sostanziale dell'atto, ma è normalmen« te richiesta come condizione, perchè se ne « possa fare uso fuori della giurisdizione del « funzionario che lo ha firmato, nel presuppo« sto che ivi la firma del medesimo non sia fa« cilmente conosciuta. Ora nella specie tratta« vasi del certificato di iscrizione nell'albo del« l'Ordine dei medici chirurgi della Provincia « di Roma, istituito in base alla legge 10 lu« glio 1910, n. 455.

« Detto certificato era stato rilasciato dal pre« sidente di detto Ordine e doveva avere valore « pel concorso di cui trattasi nel circondario di « Roma; non dovendosene quindi fare uso fuori « delle circoscrizioni di detto Ordine, non ne « occorreva la legalizzazione, e ciò a prescin« dere dalla considerazione che i componenti « della Commissione esaminatrice essendo an« che essi medici chirurgi, non potevano igno« rare la firma del presidente dell'Ordine dei « sanitari della provincia.

« Nè varrebbe obiettare in contrario che, co« munque, siffatta legalizzazione era richiesta « sul bando di concorso indistintamente per tut« ti i documenti da prodursi dai candidati, « giacchè tale formula generica, contenuta nel « bando che costituisce la legge del concorso, « non può intendersi se non nel senso conforme « alla legge e cioè che i documenti debbono es« sere legalizzati in quei casi in cui tale forma« lità sia pel loro uso prescritto.

« In altre parole, l'obbligo della legalizzazio« ne deve ritenersi limitato a quei concorrenti « che producessero documenti rilasciati in giu« risdizione diversa da quella in cui il concor« so si esplica ».

Per questi motivi, la IV Sezione ha annullato la nomina deliberata dal Comune e gli atti del concorso.

LXXVI. — Gli effetti dell'amnistia in rapporto ai giudizi disciplinari.

L'applicazione della condizionale e l'amnistia non impediscono all'Amministrazione di prendere quei provvedimenti che creda più opportuni agli effetti disciplinari.

« La condanna — è detto nella decisione del« la IV Sezione, 28 aprile 1923, n. 442 — inflitta « con la clausola della esecuzione condizionale « non cessa di essere condanna; l'amnistia, se « ha cancellato gli effetti della condanna, non « ha tolto l'accertamento della colpa in via pe« nale e in ogni modo, l'Amministrazione, per « il suo potere autonomo di accertare le colpe « dei suoi impiegati anche indipendentemente « dagli accertamenti e dalle verifiche del giu« dice ordinario, potè delle *pronuncie del giu« dice penale servirsi come elementi di fatto* « per la sua *azione disciplinare*, senza essere « obbligato a tener conto di leggi speciali so« pravvenute, e che, se posero nel nulla lo scon« to della pena, non cancellarono la colpa ».

Questa decisione richiede una particolare delucidazione.

Niun dubbio che la sospensione della esecuzione della condanna penale non esercita alcuna influenza giuridica sul procedimento disciplinare in sede amministrativa. E' anche fuori di discussione che l'amnistia non estingue l'azione disciplinare, la quale — come, per altro, l'azione civile — rimane impregiudicata. Ma non ci sembra esatto dire che l'amnistia cancella gli *effetti della condanna* e non toglie l'*accertamento della colpa in via penale;* nè si può ammettere che, applicata l'amnistia in sede penale, l'Amministrazione si valga delle pronunzie del giudicato penale come elementi di fatto per l'azione disciplinare.

L'amnistia estingue l'*azione penale* (art. 86 cod. pen.); non fa cessare soltanto l'esecuzione della condanna, ma cancella quel reato e l'eventuale accertamento della responsabilità: sicchè le eventuali pronunzie penali, come le prove raccolte in quella sede, non hanno più

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

alcun valore. Vero che l'azione disciplinare amministrativa rimane impregiudicata, in quanto essa non abbia per presupposto l'*esistenza del reato* e sorga dal *fatto* connesso; ma tale azione si deve svolgere indipendentemente dalle prove e dalle pronunzie in sede penale, caducate per effetto dell'amnistia e deve fondarsi su accertamenti, prove e valutazioni compiute in sede amministrativa.

LXXVII — Della riassunzione in servizio dell'impiegato licenziato o dimissionario.

Un impiegato era stato nominato interinalmente sino all'assunzione del titolare «da nominarsi per pubblico concorso». L'amministrazione comunale non indisse concorso ma riassunse in servizio l'impiegato titolare, che si era prima dimesso.

Ne derivò contestazione, ad istanza dell'interino.

a) Poteva l'amministrazione prescindere dal pubblico concorso e riassumere in servizio l'impiegato dimissionario?

b) Fu leso un diritto soggettivo dell'interino per effetto della nomina senza concorso se la fine dell'interinato era stabilita alla data dell'espletamento del concorso?

Nel caso deciso si trattava di un segretario comunale; ma le risoluzioni di massima riguardano anche i medici condotti perchè la condizione giuridica di essi, agli effetti della nomina, è perfettamente analoga a quella dei segretari.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 aprile 1923 n. 121, ha dichiarato che se può essere richiamato in servizio un segretario (o medico condotto) licenziato, a maggior ragione può essere riassunto in ufficio l'impiegato dimissionario, senza che perciò sia violata la norma concernente l'obbligo del concorso; ed ha soggiunto che tale provvedimento non viola alcun diritto soggettivo dell'impiegato nominato, con effetti sino all'espletamento del concorso per il medesimo ufficio, non potendo questa clausola obbligare il Comune a seguire il procedimento del concorso anzichè altra forma legittima di nomina. Però, pur rimanendo ferma la legittimità della nomina del titolare, la V Sezione ha riconosciuto che, in tal caso, competa all'interino quel trattamento economico al quale egli avrebbe avuto diritto se fosse rimasto in servizio per il tempo approssimativamente necessario all'espletamento del concorso, in quanto l'interino impegnò la sua opera per un certo tempo presuntivamente determinabile e prevedibile, ridotto poi dal Comune per effetto della nomina deliberata con procedimento diverso e più breve di quello previsto. (Nel caso in esame furono assegnati tre mesi).

«Il ricorrente, dice la decisione, pur ammettendo che, in linea di principio generale, possano i Comuni riassumere in servizio impiegati dimissionari, mostra però di ritenere che ciò non sia consentito per quei funzionari per i quali la legge tassativamente impone il concorso, e che, comunque, una tale facoltà debba risultare dai regolamenti organici dell'ente.

«Osserva la Sezione che la questione sorge appunto perchè il regolamento della legge comunale e provinciale, all'art. 94 prescrive il pubblico concorso (come per i medici condotti), e che sarà ben raro il caso di regolamenti locali che contemplino questa facoltà, e ciò per ragioni che facilmente si comprendono. Del resto, se esiste una disposizione (l'art. 94) che prescrive il pubblico concorso, nessuna però ve ne ha che vieti la riassunzione di impiegati già in servizio, e non è dato far rientrare questo divieto nella disposizione suddetta. D'altronde, se scopo del concorso è l'accertamento della capacità del nominando, la capacità del dimissionario poi riassunto desumesi dalla nomina precedente e dal servizio prestato. Aggiungasi che la giurisprudenza ha, in massima, costantemente riconosciuto che la riammissione non costituisce violazione della norma del concorso sancita col citato articolo, sempre che l'impiegato conservi tuttora i requisiti occorrenti per occupare il posto di prima; circostanza questa che, nella specie, non viene contestata.

«Ma v'ha di più. Nella legge comunale e provinciale esiste una disposizione da cui indirettamente si desume la facoltà della riassunzione dei segretari. Infatti, nell'art. 167 è detto: «Il Segretario comunale licenziato durante l'esperimento e poscia riassunto in ufficio, con o senza interruzione..... congiunge al nuovo il precedente servizio agli effetti del compimento del periodo di prova». (Identica è la disposizione dell'art. 33 del testo unico delle leggi sanitarie). Ora, se può essere richiamato in servizio un segretario licenziato, non si vede perchè ciò debba essere vietato quando, invece, trattisi di segretario dimissionario».

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla **Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).**

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici ex-ufficiali combattenti.

Riceviamo:

Spett. «*Policlinico*»,

Leggo nel numero 48 la proposta di conferire la medaglia di volontari di guerra agli studenti di medicina che «rinunziando al diritto di essere incorporati in Sanità si arruolarono spontaneamente nell'Esercito operante».

Ritengo però che il limitare tale concessione — come voi dite — a coloro che si iscrissero al Corso di Modena sia eccessivamente restrittivo, perchè escluderebbe da tale concessione molti studenti di medicina che ebbero lo stesso slancio patriottico e che tuttavia non parteciparono affatto al Corso di Modena. Alcuni infatti divennero ufficiali combattenti seguendo corsi allievi ufficiali che si tenevano in zona di guerra; altri, per essere di III categoria, ottennero di essere nominati ufficiali combattenti senza seguire prima corsi speciali e furono ben tosto inviati in linea, benchè, come sapete, nella burocrazia militare fossero classificati come ufficiali di M. T., sempre in omaggio alla III categoria.

Se si prende il nome degli studenti di medicina, ufficiali combattenti, che frequentarono, comandati, i Corsi castrensi di Medicina a Padova e a S. Giorgio di Nogaro nel 1916-17, mi pare sia questo l'elenco completo di tutti quegli studenti di medicina che erano in quell'epoca alla fronte come ufficiali combattenti.

Che fossero diventati tali per l'uno o per l'altro meccanismo cui si poteva giungervi, corsi di Modena, corsi al fronte, domande di nomina ufficiali cosidetti di M. T. (per quelli appartenenti alla III categoria) mi pare non possa e non debba avere importanza nell'assegnazione di una ricompensa che deve evidentemente toccare a tutti coloro che rinunciarono a un relativamente comodo posto nella Sanità, per entrare volontariamente a far parte dell'Esercito combattente.

Con molti ossequi

dev.mo: M. Fiamberti.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'educazione sessuale.

Nel recente Convegno Nazionale contro la tratta delle donne e dei fanciulli, tenutosi a Milano nei giorni 28 ottobre-1° novembre 1923, in seguito alla relazione del prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, sul tema «*L'Educazione in rapporto alla vita sessuale*», i Congressisti approvarono le conclusioni del Relatore, che qui riportiamo:

«I problemi sessuali debbono assumere nel campo dell'educazione un'importanza proporzionale a quella che le funzioni sessuali hanno relativamente nella vita dell'individuo, della famiglia e della razza.

«L'educazione sessuale deve rappresentare perciò una parte prevalente nell'insegnamento dell'igiene generica, in quanto la sessualità domina e dirige l'intero ciclo dello sviluppo umano.

«L'educazione morale deve costituire insieme base e coronamento di ogni opera di educazione sessuale, pur associandosi logicamente all'istruzione biologica, di igiene fisica e di profilassi, sì da promuovere la soluzione dei problemi sessuali (individuali, famigliari e collettivi), interpretando il sesso come una forza costruttiva della vita umana.

«La *patologia sociale*, nelle sue svariate manifestazioni (prostituzione, malattie veneree, delinquenza sessuale, illegittimità, tratta delle donne e dei fanciulli, ecc.), è conseguenza fatale di una diffusa insufficienza di morale sessuale.

«La felicità individuale, la stabilità delle famiglie, l'avvenire della razza essendo minacciate dalle suddette manifestazioni di delinquenza sessuale, l'opinione pubblica di ogni nazione civile deve essere educata alla necessità di combatterle con la massima energia morale e con un'adeguata organizzazione tecnica.

«Tale organizzazione implica:

a) un'azione immediata ed intensiva di *educazione degli educatori diretti* (genitori, maestri, medici, sacerdoti di ogni culto, infermiere, segretari sociali, datori di lavoro, organizzatori operai, ufficiali e sottufficiali dell'esercito e dei corpi armati), cui compete di istruire i giovani nella famiglia, nella scuola, ecc., in attesa che gli educatori futuri possano essere opportunamente preparati attraverso l'insegnamento magistrale;

b) *un'azione meno intensa, ma più diffusa, in riguardo a tutta la comunità adulta*, per renderla capace di apprezzare l'importanza delle suddette finalità e per sostenere attivamente quelle misure che tendono ad elevare il tenore di vita dei giovani, rafforzandone il corpo e lo spirito, attraverso l'azione benefica degli Istituti di cultura, di ricreazione, di educazione fisica, combattendo contemporaneamente le occasioni di contagio psichico e fisico offerte dall'ambiente sociale.

«Tale duplice azione sarebbe irrealizzabile senza il volenteroso interessamento delle Autorità da cui dipendono gli educatori attuali, ed in primo luogo del Ministero dell'Istruzione, da cui si invoca l'estensione dell'insegnamento igienico, con particolare riguardo al problema sessuale, nelle scuole primarie e secondarie, e più specialmente nell'Istituto magistrale.

«Eguale interessamento deve provocarsi per parte degli altri Ministeri competenti nel campo del lavoro, dell'esercito, ecc., e delle organizzazioni religiose e laiche.

«Per il raggiungimento di tale complessa azione di propaganda rispetto alle masse, e di stimolo in riguardo ai poteri statali, sarebbe desiderabile la creazione di una vasta Associazione nazionale, comprendente scienziati, educatori, sociologi, eco-

nomisti, ecc., avente cioè l'autorità morale e l'organizzazione tecnica necessarie all'adempimento di un compito che implica la difesa delle qualità fondamentali della stirpe.

«Sarebbe opportuno e desiderabile che tale azione si svolgesse nel nostro paese in armonia col movimento internazionale già determinatosi efficacemente in Europa e nei paesi d'oltre Atlantico».

***

Il presidente della seduta, prof. Pasini, ed il presidente del Congresso, prof. Porro, illustrarono con calde parole al largo pubblico intervenuto nel Castello Sforzesco, le finalità e l'attività svolte dall'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, invitando, con energia pari alla benevolenza, i convenuti a partecipare all'opera di difesa sociale svolta dall'Istituto.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

L'Università di Pavia e la nuova Università di Milano.

L'annunzio della nuova Regia Università di Milano — in seguito al progetto del Sindaco senatore Mangiagalli esposto il 22 novembre u. s. in una riunione che ne stabiliva ampie e salde basi, decidendo che comprenderà tutte le Facoltà — ha generato un vivo malcontento nel corpo insegnante della vicina Università di Pavia. I professori di questa hanno tenuto un'adunanza nell'Aula Magna dell'Ateneo ed hanno votato il seguente

Ordine del giorno:

«Il Collegio dei Professori dell'Università di Pavia, considerato che la nuova Università di Milano, rompendo la sapiente millenaria tradizione lombarda che ogni Istituto di alta cultura non ripeta gli antichi, si propone di fondare quelle stesse Facoltà e scuole che già esistono in Pavia; considerato che l'attuazione di questo proposito col dar vita ad un inutile doppione costituirebbe uno sperpero del pubblico denaro con grave danno dell'economia e della cultura nazionale, dà mandato al Rettore di fare presente al Governo la situazione, ed invocarne un'azione corrispondente ai suesposti principii».

***

In perfetto contrasto con il deliberato di cui sopra il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Milano in una seduta del 29 novembre 1923, udita la relazione del Presidente dott. Badini sul convegno tenutosi per invito del sen. Mangiagalli il giorno 22 novembre per la convenzione relativa alla nuova R. Università di Milano, ha votato all'unanimità il seguente

Ordine del giorno:

«Il Consiglio dell'Ordine esprime il suo vivissimo compiacimento che colla creazione dell'Università Milanese venga a tradursi in atto la viva aspirazione della nostra città di vedere finalmente e stabilmente coordinati ed integrati i già esistenti e benemeriti Istituti cittadini di coltura superiore mercè la illuminata e infaticata volontà del prof. sen. Mangiagalli;

plaude ai promotori del nuovo Ateneo che tornerà di vantaggio e di decoro non solo della città ma anche dell'intiera Nazione, e formula il più fervido voto perchè la nuova Università che è salutata ed accompagnata dalla sincera simpatia della Classe Medica Milanese, come dall'aiuto validissimo delle Amministrazioni cittadine e provinciali, abbia rapidamente ad eccellere in nobile gara con le consorelle, nel patriottico intento di preparare generazioni atte a tenere alta ed invidiata la tradizione gloriosa degli studi italiani».

Il Presidente: BADINI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARBUS (*Cagliari*). — A tutto 29 dic. L. 6500 e c.-v. (la 2ª indenn. c.-v. se sarà approvata la deliberaz. in corso e nella misura da essa stabilita).

BIELLA. *Ospedale Infermi.* — È aperto il concorso per titoli e per esami per assistente nel reparto Chirurgico. Età massima 35 a. Scad. 10 gennaio 1924. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla notifica. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

CAPRALBA (*Cremona*). — Scad. ore 15 del 31 dic. Vedi fasc. 49.

CASALVIERI (*Caserta*). — L. 6000 e due c.-v., due quinq. decimo; obbligo della resid. a non oltre 2 km. dal centro abitato. Scad. 30 giorni dal 23 nov.

CASTELFIORENTINO (*Firenze*). — Scad. 31 dic., 2ª cond.; L. 6000 e 4 quinq. decimo, doppio c.-v., indenn. cav. Scad. ore 17 del 31 dic. Età lim. 35. Servizio entro il termine che sarà indicato nella partecip. di nomina, sotto pena di decadenza.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Scad. 31 dic. Due condotte (Capoluogo e fraz. Biforco) residenziali; L. 9000 e un c.-v.; L. 2000 cavalc.; quattro quinquenni decimo. Rivolgersi Segreteria.

DEMONTE (*Cuneo*). — Scad. 31 dic. Direttore Ospedale Civile. Rivolgersi Segreteria.

ESTE (*Padova*). — *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario p. l'Osped. Civ.; L. 6000 e c.-v.; 8 trienni ventes. Scad. ore 17 del 15 gen. Età lim. 40. Prova biennale. Docum. alla Presid.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 6 genn. 3º rep. L. 6000, due c.-v., cinque quinq., L. 3500 trasp.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignole Sale (Ospedali Galliera).* — Aiuto chirurgo e aiuto medico; L. 5000; laurea da 4 anni; età lim. 35. Assistente medico; L. 4500; età lim. 30. Esperimento annuo. Titoli ed esami. *Curriculum vitae.* Istanza, documenti e titoli alla Segreteria (via Alessandro Volta, 8 - Genova III). Scad. ore 12 del 31 dic. Chiedere annunzio.

LENOLA (*Caserta*). — Scad. 31 dic. Pei poveri L. 6000. Chiedere bando concorso al Comune.

MAPELLO (*Bergamo*). — Consor. con Ambivere; all'11 genn. per circa 1000 pov. su 3574 ab.; pianura e collina; L. 6500 oltre L. 1200 c.-v., L. 600 uff. san., L. 600 trasp. Chiedere annunzio.

PATERNO DI ANCONA (*Ancona*). — A tutto il 31 dic. Ab. 1455. L. 9000 quota globale, oltre c.-v.; 50 % dagli abbienti; L. 500 quale uff. san.; L. 2500 cavalc. obbligatoria. Abitaz. dietro corrispettivo L. 60 mens. Serv. entro 40 giorni.

PONTEBUGGIANENSE (*Lucca*). — Scad. 31 genn. 2ª cond. L. 6000 oltre L. 2000 cav., L. 400 suppl., doppio c.-v. ridotto del 34 %. In corso miglioram.

PROVVIDENTI (*Campobasso*). — Scad. 22 dic. Abitanti 724 senza frazioni. L. 4700 (*sic*) per una trentina di famiglie povere. Il comune non ha altri sanitari (*sic*).

QUILIANO (*Genova*). — 1ª cond.; L. 4000 (*sic*) pei pov. del capol. e di tre frazioni (circa 100 fam. povere); L. 200 (*sic*) per alloggio; L. 500 (*sic*) per mezzo trasp.; 1 c.-v. nella misura di L. 1200; tre quinq. decimo; se uff. san. L. 300. Scad. ore 18 del 26 dic. Età lim. 45. Serv. entro 15 giorni (*sic*).

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Due condotte pel capoluogo. Scad. 31 dicembre. L. 9000.

VICENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario-Medico capo del capoluogo; L. 12,000; aumenti triennali; indenn. di carica L. 2000; caro-viv. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi alla Prefettura.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — V Reparto. Scad. 29 dic. L. 6000 e indenn. c.-v.; L. 2500 mezzo trasp. con obbligo di cavallo o automezzo; 5 quinquenni decimo. Età lim. 40. Servizio biennale in Osped. o condotta. Assicur. Abit. 2051 concentr. e 1193 sparsi; poveri 1237. Residenza nella fraz. di S. Giacomo.

CONCORSI A PREMIO.

È bandito, presso la R. Università di Roma, con la rendita di L. 82 mila, raccolta da colleghi, ammiratori e discepoli per onorare il prof. Ettore Marchiafava, un premio biennale in anatomia patologica e patologia sperimentale, intitolato *Fondazione Ettore Marchiafava*.

Le domande di ammissione al concorso, su carta bollata da L. 2, accompagnate dal certificato di laurea in medicina e chirurgia e dalle pubblicazioni, debbono essere presentate non più tardi del 31 dicembre 1923, insieme al *curriculum vitae*.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Una commissione presieduta dal prof. Pestalozza e composta dai proff. Donati, Perez, Dalla Vedova e Capasso ha accordato la libera docenza in Pat. Chir. al dott. Vittorio Ghiron che svolse il tema: «Le paratiroidi in chirurgia». Rallegramenti cordiali all'ottimo collaboratore ed amico.

Il dott. cav. Gaetano Prunas-Tolà da Galliate (Novara) è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la Sanità pubblica.

Mentre andiamo in macchina, si annunzia che il Consiglio dei Ministri ha in esame una legge per l'ordinamento della Sanità pubblica; essa comporta provvedimenti importanti: per es. si rafforza l'azione dello Stato a tutela della sanità pubblica; si riforma la costituzione del C. S. S.; si attribuiscono obbligatoriamente alle Province alcuni servizi che rappresentano interessi intercomunali e che possono con maggiore efficacia essere disimpegnati dalla provincia, ad es. i laboratori di battériologia ed i servizi antirabici; si dà facoltà alla Provincia di integrare i servizi sanitarî che i Comuni non sono in grado di esercitare; si fa obbligo ai Comuni di compilare gli elenchi degli aventi diritto all'assistenza gratuita medico-chirurgica-ostetrica, alla somministrazione gratuita dei medicinali, alle prestazioni gratuite dei veterinari municipali.

Nuovi ordinamenti dei comuni termali e climatici.

Il 1º settembre u. s. ebbe luogo a Parma una seduta del Gruppo di competenza per la Medicina Sociale, presieduta dal prof. comm. Umberto Gabbi della R. Università.

Venne fatto voto perchè, in occasione della Riforma imminente della Legge Comunale e Provinciale: *a*) si stabilisca una speciale organizzazione ed amministrazione dei Comuni termali e climatici in rapporto alla loro specifica funzione, facendone una particolare figura giuridica nel cui ordinamento l'elemento tecnico sia preponderante (Gruppi fascisti di competenza); *b*) che tale ordinamento contempli anche la necessità che ai Comuni termali e climatici siano concessi tutti i mezzi per esplicare più facilmente la soluzione dei problemi in rapporto al loro sviluppo e cioè che: 1) siano concessi mutui di favore; 2) si impongano piani regolatori applicati senza le limitazioni numeriche di popolazione (Legge di Napoli); 3) si concedano indennità relative alla espropriazione da subordinarsi alle disposizioni specifiche per il risanamento (Legge di Napoli); 4) che per la tassa di soggiorno si ritorni alla legge del 1910, e cioè che essa sia interamente devoluta alle esigenze della sorgente termale o della zona climatica.

Inaugurazione di un corso per assistenti sanitarie della Croce Rossa.

Il 3 corr., con grande solennità ebbe luogo, nell'aula dell'Accademia Medica di Roma, al Policlinico Umberto I, l'inaugurazione del VI corso per assistenti sanitarie della C. R. I.

Aprì la seduta il prof. Ascoli, direttore della Clinica Medica, il quale pronunziò elette parole sulla missione dell'infermiera professionista nella famiglia e nella società e si mostrò lieto che questa eletta schiera di donne raccolga intorno a sè sempre nuove reclute del bene.

Rispose ringraziando il sen. Ciraolo, presidente della C. R. I. Parlarono anche il prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto d'Igiene e Assistenza

sociale, e la marchesa di Targiani, delegata generale per le infermiere.

Assistevano alla cerimonia molte personalità del mondo medico e molte signore dell'aristocrazia romana; S. M. la regina era rappresentata dalla contessa della Trinità, dama di Corte.

Un'offerta alla C. R. I.

Nell'anno 1922 presso gli Istituti di Clinica Medica, di Patologia Medica, di Igiene e Medicina Legale della R. Università di Roma, sotto la direzione dei proff. Ottolenghi, Ascoli, Sanarelli e Zeri, e sotto gli auspici e col concorso dei Ministeri del Lavoro e della Guerra, della C. R. I., del Comune di Roma, si svolse un corso di perfezionamento allo scopo di preparare i medici ai nuovi compiti medico-sociali, e allo studio e alla risoluzione pratica dei problemi riguardanti la medicina del Lavoro.

La C. R. I. che già aveva organizzato negli anni precedenti un proprio corso di Medicina del Lavoro diretto dal prof. A. Ranelletti, che poi venne fuso con quello ufficiale predetto, mise a disposizione del prof. Ottolenghi per il 1923 la somma di L. 1000 a titolo di appoggio morale e materiale, proponendo che tale somma fosse destinata a costituire premi fra i medici della C. R. I. che fossero riusciti migliori agli esami finali.

La Direzione del Corso, riunendo questa ed altre somme ricevute per il medesimo scopo, assegnò i seguenti premi: 1) dott. Di Doma Pietro, L. 1000; 2) dott. Nebuloni Antonio, L. 1000; 3) dott. Zucchi Guido, L. 500; 4) dott. Scarzocchio Bruno, L. 500; 5) dott. Colnelli Biagio, L. 500; 6) dott. Del Duca Giuseppe, L. 500.

Il prof. Tito Gualdi lascia la direzione dell'Ufficio d'Igiene di Roma.

In questi giorni il prof. Gualdi è stato, a sua richiesta, collocato a riposo. Nell'abbandonare la Direzione dell'Ufficio d'Igiene della Capitale, che egli teneva da 30 anni, ha inviato al Colleghi dell'Ufficio una lettera in cui esprime il suo rammarico per il distacco e la sua gratitudine per la valida cooperazione costantemente avuta da essi.

Sono ben note le benemerenze che il Gualdi, scienziato e medico illustre, seppe ottenere per virtù di lavoro e forza d'ingegno nell'aspro e difficile campo della difesa sanitaria cittadina. Non v'è in Roma opera igienica nè può ricordarsi episodio sanitario che non sia legato al nome di Lui che, nella Sua modestia, volle sempre dividere con i Colleghi dell'Ufficio gli onori che Autorità e cittadinanza romana più volte, meritatamente, gli tributarono. Ed anche ora, nell'abbandonare l'Ufficio che riassume quanto di buono fu fatto per rendere sana e salubre la bella Città, Egli, senza attendere il doveroso e sentito omaggio che la famiglia sanitaria municipale s'appresta a manifestargli, ha voluto per primo indirizzare a questa il Suo fraterno ed affettuoso saluto.

Auguriamo almeno che le necessità economiche dell'eccezionale momento, non conducano alla distruzione di quanto fu creato con diuturno sapiente lavoro di più decenni e che l'Amministrazione incoraggi e conforti della Sua stima il gruppo di Sanitari, cresciuti alla scuola del Gualdi, che rimangono in attività di servizio animati dal fervore di continuarne e perpetuarne l'opera insigne.

G. P.

In onore del Golgi.

Con solennità si svolse il 23 nov. all'Università di Parigi la cerimonia per il conferimento del titolo di dottori *honoris causa* ad otto scienziati stranieri, tra i quali il sen. Golgi, che intervenne personalmente alla cerimonia e ricevette il diploma onorifico dalle mani del rettore magnifico tra grandi applausi.

Il prof. Roger, decano della Facoltà di medicina, esponendo i titoli del sen. Golgi, professore onorario di istologia e patologia generale all'Università di Pavia, insignito già del premio Nöbel, ricordò i primi classici studî pubblicati dal Golgi nel 1872 a soli 29 anni, sulla struttura del sistema nervoso, che venivano a capovolgere le concezioni tradizionali in materia ed aprivano nuove e più feconde vie ai ricercatori, le quali — superate le opposizioni iniziali — dovevano condurre alle conquiste recenti. Il relatore si soffermò a illustrare la profonda ed organica originalità delle idee affermate da Golgi sulla struttura, la funzione, e la nutrizione del sistema nervoso.

In onore di Vierordt.

Il 13 novembre ha festeggiato a Tubinga il suo 70° compleanno il prof. Hermann Vierordt, notissimo per la sua «Introduzione alla percussione ed all'ascoltazione» che ha raggiunto la 16ª edizione.

Commemorazione di Agostino Bassi.

Per invito della Società Italiana di Igiene, il dott. Pericle Carlini ha commemorato a Genova, nella «Scuola d'Igiene Sociale», il centocinquantenario della nascita di Agostino Bassi, fondatore della dottrina parassitaria, precursore di Semmelweis e di Pasteur.

Nel campo giornalistico.

Il nostro amico prof. Paolo Gaifami ha assunto la direzione della rivista «La Clinica Ostetrica», fondata dal compianto prof. F. La Torre e destinata a diffondere e aggiornare tra i medici pratici le conoscenze di ostetricia, ginecologia e pediatria. Il prof. Gaifami imprimerà indubbiamente un poderoso impulso al vecchio e glorioso periodico, che vanta un venticinquennio di vita combattiva e feconda.

***

È sorta a Bologna la rivista mensile «Il radium», di aspetto e formato modesti, ma di buon contenuto. È diretta dal prof. A. Masotti.

***

Il «Medico di Domani», organo della Federazione degli Studenti di Medicina di Palermo, risponde allo spirito d'intraprendenza e audacia,

operosità e fierezza, dei goliardi dei tempi nuovi; intende, come dichiara il prof. Manfredi, essere una palestra di aspirazioni che si preparano a diventare fattori di progresso nella vita nazionale; un mezzo di elevazione ideale verso la maggiore valorizzazione della nuova Italia nel campo igienico-sanitario; si propone anche di compiere opera di affratellamento tra i futuri medici d'Italia. Auguri!

Corsi pratici di fototerapia e diatermia.

La « Quarzlampen Gesellschaft m. b. H. » di Hanau, c'informa di avere organizzato dei corsi pratici di terapia ultravioletta e di diatermia, affidati al dott. Fermo Mascherpa, reputato specialista; dureranno una settimana ciascuno. Un corso per la fototerapia comincierà il 14 gennaio ed uno per la diatermia il 22 gennaio 1924, presso la sede della Rappresentanza: Bastioni Garibaldi, n. 3, Milano. Tassa d'iscrizione ai singoli corsi: L. 100. Per schiarimenti ed iscrizioni rivolgersi all'ing. Michele Andreini.

Un'importante pubblicazione.

Sino dal 1914 il prof. M. Cardini, della R. Università di Pisa, in una sua *Vita* di F. Redi, scriveva che un notevole giovamento alla conoscenza del Redi si porterebbe, « se fosse per intiero pubblicato quell'insieme di *ricordi particolari* come li chiama l'autore, in cui per mezzo secolo — dal 1° luglio 1647 al dì 21 gennaio 1697, cioè circa un mese e mezzo innanzi alla sua morte — egli segnò notizie d'ogni sorta, da quelle concernenti lo studio, a quelle delle più minute spese ». Al 2° Congresso di Storia critica delle Scienze mediche e naturali, in Bologna (1922), il prof. A. Corsini, del R. Istituto di Studi Superiori di Firenze, si augurò che nel 1926 non dovesse passare inosservato il terzo centenario della nascita del Redi e disse che la pubblicazione di manoscritti ancora inediti e una più moderna ed estesa descrizione della sua vita e delle sue opere riteneva fosse la più degna e più utile maniera di commemorazione.

Ebbene, ora il desiderio sopraricordato sta per essere soddisfatto in parte almeno. Sarà ora per la prima volta pubblicata intera, a cura del dottor Ugo Viviani di Arezzo, nel IX volume della *Collana di pubblicazioni storiche e letterarie aretine*, la « Vacchetta », cioè il Libro dei Ricordi di Francesco Redi, preceduto da uno studio sulla vita e sulle opere del sommo medico, poeta e letterato aretino.

Sanità e igiene pubblica negli Stati Uniti.

Or è qualche tempo, il direttore della Sanità pubblica negli Stati Uniti riunì in conferenza i capi delle Università, i decani della Facoltà mediche e le notabilità dei servizi di sanità e d'igiene pubblica, per preordinare un piano di azione diretto allo sviluppo di questi servizi e alla educazione del personale necessario.

Attualmente i vari servizi di sanità statale sono disimpegnati da 16,000 persone, e s'incorre in una spesa annuale di 25 milioni di dollari. Gl'intervenuti, dopo discussione, convennero nella necessità di promuovere e formare una buona coltura, non solo tra gli specialisti in sanità e igiene pubblica, ma anche tra i medici pratici, affinchè questi ne divengano coadiutori.

Visita di medici spagnoli in Francia.

Dodici professori delle Facoltà mediche di Madrid, di Siviglia e di Salamanca, accompagnati da due giornalisti medici e capitanati dal prof. Recaséns, decano della Facoltà medica di Madrid, hanno visitato le Facoltà mediche di Parigi, Bordeaux e Tolosa, dove hanno tenuto delle conferenze e sono stati accolti da manifestazioni di cordialità e da feste.

La visita venne resa come cambio di un'altra di medici francesi, capitanati dal decano della Facoltà medica di Parigi, prof. Roger, alle Facoltà mediche spagnole.

Limitazioni delle iscrizioni nelle Università norvegesi.

Nella Università di Christiania il numero delle iscrizioni al primo anno di medicina è limitato a 60 posti.

Chiusura di Ospedali in Germania.

Durante il 1922 vennero chiusi in Prussia 45 ospedali, a causa delle difficoltà finanziarie; tra essi sono compresi 9 ospedali privati con 1049 letti nella sola Berlino. (*Journ. A. M. A.*).

Falso medico.

È stato tratto in arresto, in Roma, per usurpazione di titolo, tal Francesco Trussiano, di anni 52, da Trieste, il quale, spacciandosi per professore in medicina, si era in breve creata una vasta clientela. Somministrava ai clienti liquidi e polveri di sua creazione, per cure omeopatiche.

Il prezzo del sangue umano.

I giornali narrano che, in seguito alla trasfusione di 1 litro di sangue in una donna gravemente anemizzata, il marito, un ricco negoziante americano, di nome Hilliard, intendeva compensare la donatrice, signorina Sanfard, con 5 dollari; ma il Tribunale lo ha condannato a pagarne 2500, equivalenti a circa 60,000 lire. C'è da scommettere che si trovi ad acquistare il sangue umano anche per meno.

Statistica degli stupefacenti.

La Società delle Nazioni ha rigorosamente condannato l'uso degli stupefacenti in tutti i paesi civilizzati. Una statistica ha stabilito che il consumo degli stupefacenti è così calcolato per abitante: Italia 64 mmg.; Germania, 128 mmg.; Portogallo, 111; Paesi Bassi, 226; Francia, 194; Stati Uniti gr. 2,232, trentasei volte di più dell'Italia.

In India la produzione dell'oppio è monopolio dello Stato, che nel 1919-20 ne produsse 900 tonnellate circa.